

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 5

OCCLUSION INTESTINALE

PAR

Coudure de l'angle gauche du côlon

AU COURS DE LA

GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Elysée BLONDEL

Né le 28 Mai 1881, à Thoissey (Ain)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552627_0084

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 5

OCCLUSION INTESTINALE

PAR

Coudure de l'angle gauche du côlon

AU COURS DE LA

GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Elysée BLONDEL

Né le 28 Mai 1881, à Thoissey (Ain)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.
LORTET DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
		TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	}	BARD.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements		JABOULAY.
Clinique ophthalmologique		FABRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		ROLLET.
Clinique des maladies mentales		NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants		PIERRET.
Clinique des maladies des femmes		WEILL.
Physique médicale		POLLOSSON (A.).
Chimie médicale et pharmaceutique		GUIART.
Chimie organique et Toxicologie		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BEAUVISAGE.
Anatomie		GUIART.
Anatomie générale et Histologie		TESTUT.
Physiologie		RENAUT.
Pathologie interne		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		ROQUE.
Anatomie pathologique		COLLET.
Médecine opératoire		TRIPPIER.
Médecine expérimentale et comparée		POLLOSSON (M).
Médecine légale		ARLOING.
Hygiène		LACASSAGNE.
Thérapeutique		COURMONT (J.).
Pharmacologie		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD,	agréé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET, ch.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch.
COURMONT (P.)	GAYET.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
CHATIN.	MOREL.	VORON.	THÉVENOT.
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	
TIXIER.	J. LÉPINE.	MOUNEYRAT.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; COMMANDEUR, Assesseur ;
MM. PATEL et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A mon Président de Thèse :

Monsieur FABRE,

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon

en témoignage de ma vive reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans un certain regret que nous disons à nos chères études un dernier adieu. Le souvenir qui nous en reste sera toujours agréable, car il nous rappellera en même temps que les efforts et les satisfactions qui se sont succédés pendant cette période de notre vie, la physionomie d'hommes de grand talent qui ne nous ont jamais ménagé ni leur science, ni leur grande bienveillance.

Nous devons un hommage tout particulier à M. le Prof^r Fabre qui a bien voulu avec l'amabilité que nous lui connaissons, nous faire l'honneur non seulement de nous inspirer le sujet de cette thèse mais encore de la présider.

Nous ne saurions oublier non plus son ancien chef de clinique le D^r Gonnet qui fut toujours pour nous en même temps qu'un savant conseiller, le meilleur de nos amis. Il nous a donné quelques documents qui nous ont aidé dans la composition de notre travail.

Nous remercions enfin son successeur le D^r Trillat qui nous a fourni aussi tous les renseignements qui nous étaient nécessaires.

Pendant ces quelques années, nous avons eu le

bonheur de connaître d'éminents médecins qui voulurent bien nous guider dans nos études, nous indiquant la voie à suivre afin d'amasser le plus de connaissances possibles avant d'arriver au but.

Que le D^r Aubert, ancien chirurgien de l'hôpital de l'Antiquaille soit assuré de toute notre reconnaissance pour nous avoir facilité la tâche, en nous communiquant un peu de son esprit scientifique et en nous faisant comprendre la grandeur de la carrière médicale que nous allons commencer. Nous lui devons un peu de cette passion qui doit animer tout médecin vraiment digne de ce nom.

Puis ce sont nos maîtres MM. Poncet, Jaboulay, Leclerc, Lyonnet, Pic, Voron, Commandeur, Nicolas, Villard, Weil, à qui nous offrons les témoignages de sincère gratitude pour les savants enseignements, résultat de leur longue expérience et donnés avec tant de dévouement.

Il nous reste à remercier nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph, MM. Goullioud, Rafin, Chaballier, Thévenet dont nous admirerons toujours le zèle infatigable mis au service d'une science éminente. Il nous ont appris à connaître le malade et à savoir faire l'abnégation de soi-même pour son plus grand profit.

Que nos camarades d'externat et d'internat de Saint-Joseph soient persuadés que les liens d'amitié que nous avons noués ensemble, dans ces heureux moments de travail et d'insouciance, ne feront que se continuer au cours de la vie où il faut plus que jamais s'ent'raider.

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été inspiré par M. le Professeur Fabre à propos d'une observation récente d'une malade de sa clinique.

Etant donné la rareté de l'occlusion intestinale pendant la grossesse et puisque de nouveaux travaux sur la question l'ont remise à l'ordre du jour, nous avons pensé ajouter deux faits de plus à l'histoire de l'occlusion compliquant la grossesse et appeler l'attention sur ce qui, jusqu'à présent, avait été regardé comme une curiosité.

Il suffit de se souvenir que l'appendicite pendant la puerpéralité fut considérée pendant longtemps comme exceptionnelle et, qu'elle ne parut encore assez fréquente, que le jour où l'attention des cliniciens s'est porté sur elle.

Le Dr Vinay dans son remarquable traité des maladies de la grossesse, déclare que, au cours de la gravidité, on peut rencontrer exceptionnellement (l'étranglement interne) mais de nouveaux faits sur le même sujet viennent chaque jour attester sa plus grande fréquence.

Cette rareté dont il est facile de juger d'après le

petit nombre d'observations qui en ont été publiées tient probablement, ainsi que le fait remarquer le Prof^r Pinard à la difficulté que présente le diagnostic par suite de la présence, dans la région hypogastrique, de l'utérus développé.

On conçoit aisément l'hésitation que l'on a à se prononcer devant un syndrome commun à plusieurs processus morbides. Il faut tenir compte aussi de ce que, à côté d'un phénomène pathologique qui est l'occlusion il y a un phénomène physiologique (la grossesse) qui, comme on le sait, peut masquer les symptômes, ou tout au moins détourner notre attention de cette grave complication. Ces difficultés n'ont pu être résolues d'une façon complète contrairement à ce qui arrive pour d'autres affections par l'examen même des organes atteints ; souvent, en effet, les cliniciens n'ont trouvé de lésion ni au cours des interventions, ni même pendant les autopsies, aussi les difficultés du diagnostic précis de ces deux associations, occlusion et grossesse, restent-elles entières et, nous répétons volontiers avec M. Lepage : « Le diagnostic de l'occlusion intestinale est encore plus difficile pour l'accoucheur que pour le chirurgien. »

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Bien que l'occlusion intestinale soit connue depuis la plus haute antiquité, bien qu'on ait étudié depuis longtemps sa symptomologie et sa pathogénie ; ses formes variées, et surtout ses formes rares n'ont guère été décrites que pendant ces cinquante dernières années ; et encore est-ce à l'étranger, en Allemagne surtout que l'on s'est préoccupé de les rechercher.

Sans citer tous les travaux qui ont été publiés jusqu'à ce jour sur le sujet que nous allons traiter, nous énumérerons simplement ceux qui ont paru plus récemment. La première thèse qui traitera cette question est celle de Vergez qui est intitulée : « Contribution à l'étude des occlusions intestinales en rapport avec le travail ». L'auteur y fait une étude déjà assez complète et rassemble un assez grand nombre d'observations empruntées surtout aux relations étrangères.

L'année suivante paraissait une étude clinique de occlusions intestinales pendant la puerpéralité, de

Constantin Daniel. Dans la Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie de mai-juin 1902.

Ces deux travaux exposent nettement dans un tableau d'ensemble les modifications qu'imprime la grossesse à l'occlusion intestinale et l'influence que l'occlusion peut avoir sur l'évolution de la grossesse. Ils arrivent à déterminer la nouvelle allure clinique que prend l'occlusion quand elle vient compliquer la grossesse et les difficultés dont elle semble se parer au contact de la gravidité.

En 1903, c'est encore une thèse de Paris qui remet en évidence la même question : celle de M. Paul Gauchery ; mais cette fois elle ne se contente plus de relater les mêmes discussions sur la grossesse compliquée d'occlusion, elle y ajoute de nouveaux documents et traite le sujet d'une façon plus générale en réunissant des cas d'occlusion observés dans les suites de couches. C'était donc reprendre la question pour la mettre plus au point et de plus la compléter, enfin une dernière étude vient d'être faite par M. Lemerrier, ancien interne des hôpitaux de Paris, et dans la *Gazette des Hôpitaux* du mois de janvier 1909 sous le titre : d'Occlusion intestinale et Grossesse.

Comme on le voit, bien des choses ont déjà été écrites sur ce sujet, bien des discussions ont contribué à l'éclaircir, aussi nous n'avons pas la prétention d'apporter quelque chose de nouveau, nous serons satisfait seulement si avec le peu de matériaux que nous possédons nous arrivons à donner un nouvel essor à l'étude de cette complication de la grossesse. Comme les deux observations que nous avons eu le

bonheur de recueillir ont pour objet l'occlusion pendant la grossesse et non pendant le travail, nous nous bornerons, contrairement à M. Gauchery, à décrire l'occlusion pendant le premier stade de la puerpéralité, c'est-à-dire la grossesse. Cela nous permettra, en limitant ainsi notre sujet, de lui donner plus d'ampleur et de l'exposer avec plus de clarté.

Les Occlusions intestinale par coudure de l'angle colique gauche (*Revue de Chirurgie*, 10 mai 1903 MM. BÉRARD et PATEL).

Au mois d'avril 1902, à la société de chirurgie de Paris, M. le P^r Perrier attirait l'attention sur un nouveau mode d'occlusion intestinale siégeant à l'angle gauche du côlon, il l'attribuait à une disposition spéciale du gros intestin à ce niveau.

OBSERVATION DE PERRIER.— Femme de 56 ans, ménagère, deux grossesses antérieures. A 15 ans symptômes d'ulcère stomacal, guérison. Plus tard crises intestinales, douleurs venant par crises paroxystiques au flanc gauche, constipation opiniâtre, matières non déformées renfermant du sang et des pseudo-membranes, dilatation du côlon transverse, empâtement à peine douloureux au niveau du côlon descendant, urines normales, température normale. La malade réduit elle-même son régime pour éviter le retour des douleurs.

On pense à un obstacle siégeant vers l'angle gauche du côlon avec possibilité de tumeur.

Laparotomie exploratrice médiane, l'exploration minutieuse avec la main fait constater une dilatation du côlon transverse par des gaz, dilatation qui s'arrête vers l'angle de courbure. Cet angle est aigu par le fait de la ptose du côlon transverse, il n'y a ni tumeur, ni bride cicatricielle et

l'on conclut à une occlusion par ptose libre du côlon transverse.

On pratique une anastomose entre la partie gauche du côlon transverse et la partie inférieure du côlon descendant de façon à rétablir la circulation intra-colique. Suites simples et guérison.

Le fait de MM. Bérard et Patel presente de grandes analogies avec le précédent.

OBSERVATION DE MM. BÉRARD ET PATEL. — Femme de 40 ans, signes d'occlusion intestinale datant de 3 mois, constipation, insuccès des lavements. Les signes d'occlusion s'aggravant, le ventre se météorise, les vomissements augmentent de fréquence, l'état général s'affaiblit et la malade entre à l'hôpital.

A ce moment météorisme généralisé, gros intestin distendu, cæcumdistendu et clapotant, aucune constatation de tumeur.

La palpation est douloureuse surtout dans le coté gauche de l'abdomen.

Touchers rectal et vaginal négatifs.

Laparotomie médiane, saillie énorme du côlon transverse, côlon descendant affaissé. Le côlon transverse est fixé à la paroi pour effacer la coudure, et l'abdomen refermé. Le lendemain les phénomènes d'occlusion n'ont pas cédé, M. Bérard ponctionne au thermocautère, le côlon transverse fixé à la paroi ; issue d'une énorme quantité de gaz, soulagement immédiat, le lendemain les selles se rétablissent, amélioration rapide, puis guérison complète.

Là encore, comme dans le fait de Perrier il s'agissait d'une *occlusion essentielle* par courbure angulaire, sans bride, constricture, ni tumeur.

Au cours de la discussion à la société de chirurgie de Paris on émit l'hypothèse très plausible, que bon nombre d'observations qualifiées de névralgies intercosta-

les au niveau des 7^e ou 8^e côtes gauches sont dues à une ptose du côlon transverse et à une coudure plus forte de l'angle gauche. En effet, si on fouille les antécédants de ces malades, on trouve que leurs douleurs coïncident avec des ballonnements, se calment par des émissions de gaz ; que ces malades sont des ptosiques ou des dilatés et que dans quelques cas, la ceinture de Glénard bien appliquée, où le décubitus horizontal calment les symptômes.

MM. Bérard et Patel rapportent une observation où après les crises multiples, et en présence d'une enteroptose généralisée, l'application de la ceinture de Glénard fit disparaître les accidents.

L'anatomie de l'angle gauche du côlon explique ces faits et explique aussi que par la disposition anatomique variable de la région, certaines personnes puissent plus que d'autres être prédisposées à cette série d'accidents.

Il existe en effet un ligament de suspension phreno-colique qui dans sa disposition la plus commune, a une insertion supérieure fixée à la partie latérale de la paroi abdominale et du diaphragme et un épanouissement inférieur en deux faisceaux s'insérant, l'un sur la partie gauche du côlon transverse l'autre à l'angle même du côlon.

On comprend, et c'est une disposition qui peut exister, que si ce ligament est réduit à un faisceau unique s'insérant à l'angle gauche du côlon, la ptose du côlon transverse soit plus facile et l'angle produit entre les deux côlons assez aigu et prononcé pour qu'il en résulte une gêne de la circulation des matières.

On comprend, sans qu'il soit utile d'insister sur ce point, que la grossesse qui peut être par elle-même une cause d'occlusion, par exemple dans le cas d'enclavement par rétroversion de l'utérus dans le petit bassin, n'est un obstacle à l'existence d'aucune forme d'occlusion intestinale, tout en pouvant en rendre le diagnostic plus obscur, le traitement plus difficile et le pronostic plus sombre.

L'observation du Prof. Fabre se rattache à ces faits d'occlusion par coudure de l'angle colique gauche, Des faits de ce genre au cours de la grossesse ont été constatés plusieurs fois, mais le cas de M. Fabre est un fait rare de coexistence de cette forme d'occlusion avec une grossesse arrivée à son terme et le début du travail et c'est ce qui en fait le grand intérêt.

Voici cette observation reproduite telle qu'elle a été mise entre nos mains :

Occlusion intestinale pendant la grossesse.

(Observation du Prof^r FABRE.)

Madame Ch..., âgée de 32 ans, placière, ayant déjà eu trois accouchements normaux à domicile, entre à la Charité le 15 décembre 1907. L'interrogatoire de cette malade ne révèle rien dans ses antécédents héréditaires : elle eut seulement une sœur morte d'occlusion intestinale opérée deux ans après une ablation de fibrome. Comme antécédents personnels, elle eut une bonne santé habituelle, deux enfants vivants et un enfant mort à 9 mois d'une bronchite. La dernière grossesse date de deux ans. La grossesse actuelle est près du terme. Les dernières règles remontent au 17 mars 1907. Elle se plaignait toujours d'une constipation habituelle même en dehors de la grossesse et elle n'allait que tous les quatre ou cinq jours à la selle.

Affection actuelle. — Le début eut lieu le 13, au soir par une douleur brusque dans le ventre du côté gauche. La malade traversait une période de constipation et n'était pas allée à la selle depuis cinq jours.

Une sage-femme appelée, fit donner un lavement qui amène des évacuations bien abondantes, de selles d'abord moulées, puis diarrhéiques. La douleur est très vive à gauche et persiste malgré l'évacuation.

Quelques vomissements alimentaires apparaissent dans la nuit suivante. Le 14 dans la matinée, les douleurs persistent très fortes, les vomissements se sont reproduits deux fois et la diarrhée est peu abondante, mais persistante. Le docteur Trillat est appelé et le 14 à midi, l'état est le suivant :

La malade étant couchée, faciès un peu rouge, yeux excavés. Tout mouvement est douloureux, le pouls est à 120 ; la langue sèche, quelques rares urines ont été émises, les vomissements et les selles n'ont pas été conservés. La température est de 39°. L'examen de l'abdomen montre l'utérus à terme notablement développé. Fond utérin à 33 centimètres au-dessus de la symphise. La palpation du côté gauche est impossible dans une zone correspondant à la fosse iliaque. On n'y perçoit cependant aucune tumeur.

Le gros intestin est fortement distendu et recouvre par places le fond de l'utérus. La palpation et l'auscultation révèlent une présentation du sommet avec tête fixée, bruits du cœur nettement perçus. Au toucher on constate : col effacé, dilatation de 3 centimètres, poche des eaux perceptible. En interrogeant la malade sur le caractère des douleurs qu'elle a ressenties, on apprend que la veille elle a éprouvé des douleurs analogues à celles d'un début de travail et qu'à la suite du lavement administré par la sage femme, ces douleurs ont pris le caractère de véritables épreintes avec envie de pousser, si bien que l'on crut à une terminaison très proche de l'accouchement. Ces fausses douleurs expulsives étaient certainement dues à des épreintes intestinales, car elles s'accompagnaient par instant de selles diarrhéiques. Le même jour à 11 heures du soir, la malade est revue ; une selle diarrhéique s'est produite dans la journée, les vomisse-

ments perdent leur caractère alimentaire et deviennent bilieux, le ventre est toujours aussi douloureux le pouls bat à 120. La température a baissée à 37°,5. Aucun progrès dans la dilatation du col. Le seul phénomène nouveau apparu depuis la matinée, est la distension progressive des anses intestinales qui envahissent toute la face latérale gauche de l'utérus. Percussion : matité utérine seulement du côté droit. Pas d'œdème des jambes. Auscultation des poumons et du cœur négative. La glace prescrite n'a amené aucun soulagement ; l'état général ne s'est pas aggravé depuis le matin.

Le 15 à 10 heures du matin, nouvel examen : état général stationnaire ; langue sèche, pouls 120, T. 37°,2. Bruits du cœur de l'enfant sont perçus et normaux. Pas de contraction utérine.

Les anses intestinales se sont dilatées de plus en plus : elles recouvrent à peu près tout l'utérus ; la douleur du côté gauche persiste. Le diagnostic d'occlusion intestinale est porté et le transfert à l'hôpital décidé.

A son entrée à l'hôpital, à midi, la malade présente un vomissement de matières noirâtres, mais sans odeur fécaloïde. A 5 heures du soir apparaissent quelques douleurs expulsives et la poche des eaux se rompt spontanément.

Dès que la dilatation est complète, à 5 h. 1/2, on applique un forceps pour éviter toute augmentation de la pression et l'on extrait un enfant vivant pesant 3.000 gr. Pendant l'intervention, la malade a été endormie avec quelques gouttes de chloroforme. Elle rejette par la bouche quelques mucosités noirâtres sans odeur. La délivrance se fait spontanément sans incident environ trois quart d'heure après l'expulsion de l'enfant. La malade se dit un peu soulagée. La palpation de l'abdomen est facile, les anses intestinales se dessinent sous la peau, dans toute l'étendue de l'abdomen ses mouvements péristaltiques sont nets. La palpation même profonde ne permet de sentir aucune tumeur nette. Cependant, dans la fosse iliaque gauche, il semble que l'on perçoive un boudin douloureux, c'est à ce niveau que la pression est la plus douloureuse. On pense à une invagination intestinale. Le toucher rectal est négatif. Circonférence abdominale passant

par ombilic : 81. De 6 heures du soir à 10 heures la malade est calme, elle sommeille, ne présente aucun vomissement. A 10 heures, la distension abdominale a un peu augmenté, circonférence : 85. Un lavement d'huile et un lavement purgatif n'ont ramené à peu près aucune matière. On pratique un lavage d'estomac qui spontanément donne issue tout d'abord à environ 1 litre de matières noirâtres : la réaction du gaïac montre que cette coloration n'est pas due à la présence de sang. Pouls 104.

Le 16, l'état de la malade s'est un peu amélioré ; il n'y a eu aucun vomissement ; le ventre est encore distendu. Sa mensuration donne cependant une diminution de 3 centimètres environ. Un lavement a ramené quelques matières diarrhéiques.

Le 17, la malade n'a pas vomi. Elle affirme, et cette opinion est confirmée par la sœur, avoir fait des vents par en bas. Néanmoins la distension abdominale reste la même. La langue n'est plus sèche.

Les phénomènes d'obstruction persistant, on pratique une intervention chirurgicale à 9 heures du matin. Laparotomie médiane. Le côlon énormément distendu vient saillir dans les lèvres de la plaie. Il est très aminci, de couleur noirâtre par place avec exsudats blanchâtres suppuratifs. Côlon ascendant, cæcum, intestin grêle participent à cette distension.

L'exploration de la fosse iliaque gauche montre que l'S iliaque est affaissé, le siège de l'occlusion est au niveau de l'angle gauche du côlon. On fait une nouvelle incision de la paroi abdominale dans la fosse iliaque gauche et l'on fait un anus contre nature sur la partie moyenne du côlon transverse.

A la suite de l'intervention, la malade est assez affaiblie, On pratique immédiatement après l'opération, une injection de caféine, puis une injection de sérum artificiel : celle-ci est renouvelée dans la soirée. A ce moment, T. 39°,1, pouls 96, anus fonctionne bien, malgré cela le ventre reste légèrement distendu.

Le 18, malade améliorée, M. 37°,4. Pouls, 80.

Le 19, malade va bien mieux. Pouls, 88. T. 37°,9. L'anús

laisse passer les gaz, mais assez peu de matières. La malade est purgée.

Le 20, la malade se sent mal ; elle accuse une gêne respiratoire très marquée et à l'auscultation nombreux ronchus et sibilances disséminés des deux côtés. Ventouses, sinapismes. Oxygène. Potion à l'acétate d'ammoniaque. Pouls 120. T. 38°, 8-39°, 4.

Le 21, on panse la malade : la ligne de suture de la laparotomie ne présente rien d'anormal. On enlève quelques fils de l'anus. La malade présente un peu de subdélie. Le soir à l'auscultation, à la base gauche, en arrière dans le tiers inférieur submatité, et à l'auscultation souffle expiratoire intense.

Le 22, mêmes signes du côté de la base pulmonaire gauche la matité n'a pas augmenté.

Le 23, les signes pulmonaires ont diminué ; la matité a presque disparu et le souffle est plus localisé. L'état général est très mauvais. La malade a présenté un vomissement verdâtre ; elle meurt à 3 heures de l'après-midi.

Autopsie le 24 décembre 1907.

L'intervention ayant été pratiquée six jours avant la mort et ayant eu pour effet de lever l'obstacle qui avait été nettement constaté au niveau de l'angle colique gauche, et de permettre à une péritonite intense d'évoluer, n'a pu donner sur le siège réel de l'occlusion des renseignements aussi précis que les faits constatés au moment de l'opération.

Signalons seulement l'existence d'une péritonite généralisée, des distensions irrégulières du gros intestin et de l'intestin grêle et par places un état ecchymotique avec teinte gangréneuse.

Il est à noter tout spécialement que l'ouverture de l'anus artificiel est parfaitement étanche. Pneumonie très nette du lobe inférieur du poumon gauche.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

I. Occlusion par coudure de l'angle colique gauche.

Depuis quelques années les chirurgiens avaient déjà remarqué que l'angle gauche du côlon était un siège de prédilection des néoplasmes et des brides ; on peut en trouver la raison dans :

1° *La disposition spéciale de l'angle colique gauche.* — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche tiennent d'abord à la disposition spéciale du colon à ce niveau, on sait que cet angle est plus accentué à gauche, l'intestin remontant plus haut de ce côté que du côté opposé. Il s'ensuit que la moindre anomalie du ligament phreno-colique vient accentuer cet angle et mettre ainsi un obstacle au passage des matières. M. le Prof. Terrier a attiré l'attention sur ce nouveau mode d'occlusion : « Les matières fécales, dit-il, rencontrent un passage d'accès difficile, parfois rétréci notablement, et leur présence ajoutant encore, dans certaines conditions à l'obstacle physiologique préexistant.

2° *Constipation.* — Il est fréquent de trouver de la constipation dans les antécédents des malades atteintes d'occlusion par coudure de l'angle gauche du côlon. La malade du Prof. Fabre en est un exemple. On trouvera dans l'observation déjà citée les périodes de constipation par lesquelles la malade a passées avant l'établissement définitif de l'occlusion ; la malade de M. Terrier eut bien aussi avant son occlusion complète quelques jours de constipation. La poussée intestinale amènerait la stagnation des matières à ce niveau et ces dernières contribueraient à accentuer l'occlusion en augmentant la coudure.

3° *Les anomalies du ligament phreno-colique* peuvent encore expliquer le siège de l'occlusion au niveau de l'angle gauche. Suivant que ce ligament se trouve plus court ou qu'il ne présente qu'un seul faisceau au lieu de deux, alors ou bien la traction exercée est plus forte, ou bien un seul faisceau exerçant son action détermine un angle plus aigu

Nous reviendrons sur ce point quand nous traiterons de la pathogénie des occlusions.

II. Occlusion intestinale en général au cours de la grossesse.

A) FRÉQUENCE.

L'occlusion intestinale de la puerpéralité est surtout fréquente au cours de la grossesse, elle se montre bien plus rare au moment du travail et dans les suites de couches. La preuve c'est que nos deux observations sont encore des cas d'occlusions venant

compliquer la grossesse. Les premiers cas ont d'abord été isolés dans la littérature médicale et étant donné leur petit nombre, on ne songea même pas à les grouper de façon à constituer une complication véritable de la grossesse. Ce fut Meyer en février 1899 qui pensa réunir ce qui avait déjà paru sur la question tout en y apportant des faits de son expérience personnelle. Il fut ainsi le premier à faire paraître un travail d'ensemble. C'est lui qui montra combien déjà à ce moment était rare l'étranglement intestinal comme complication de la grossesse. S'il avait rencontré un grand nombre de hernies étranglées pendant la même période il n'aurait observé à la Maternité de Copenhague que deux cas sur cinquante mille accouchements (50.000) les. 3 observations qu'il rapporte, réunies aux treize qu'il a pu recueillir dans la littérature médicale, constituent un ensemble de seize cas. Vergez un peu plus tard, décembre 1901, vint ajouter vingt-cinq autres cas à ceux déjà cités par Meyer et parmi ces vingt-cinq cas il en est trois (Sydney Jones), Meyer Albrecht où il s'agit d'accidents dus à la coprostrase sans obstacle mécanique et qui cédèrent un traitement approprié en mai 1902. Constantin Daniel publia quarante-neuf observations dont 10 parues de décembre 1901 à mai 1902 au nombre desquelles se trouvent encore comprises celles de Meyer et de Vergez. Mais sept d'entre elles semblent plutôt avoir pour objet des phénomènes de pseudo-occlusion de sorte que jusqu'en mai 1902 il faut citer le chiffre trente-neuf comme étant le nombre total des observations réunies dans ce dernier travail.

Dernièrement en l'année 1903, dans sa thèse de doctorat « sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité » Gauchery vient prouver une fois de plus que cet accident au cours de la gravidité devient de moins en moins rare. Il a recueilli de part et d'autre 53 cas d'occlusions au cours de la grossesse et 13 dans lesquels on était plutôt en présence de phénomènes de pseudo-occlusion par paresse intestinale et dont les symptômes cliniques simulaient à s'y méprendre l'occlusion mécanique et laissaient le doute dans l'esprit du clinicien.

B) CAUSES PRÉDISPOSANTES.

1^o Influence de l'âge de la grossesse sur l'occlusion.

L'âge de la grossesse paraît agir sur l'éclosion des accidents comme semblent le montrer les différentes statistiques publiées à ce sujet. Vergez dans 24 observations où il fait mention de l'âge, a montré quelle était la fréquence de l'occlusion suivant les différents mois de la grossesse. Or il ne constate aucun cas d'occlusion dans les 3 premiers mois, mais il commence à en signaler 4 cas au quatrième mois, puis 4 au cinquième mois, 2 au sixième, 5 au septième, 1 au huitième et 8 au neuvième mois.

D'après Gauchery l'occlusion intestinale offrirait deux maxima de fréquence, l'un au dernier mois de la grossesse et au moment de l'accouchement, l'autre vers les quatrième et cinquième et surtout le sixième

mois. La statistique fserait la suivante, sur 44 cas l'occlusion intestinale apparaît :

17 fois de 4 - 6 mois

13 fois à l'époque du terme.

Voici maintenant la statistique de M. Lemerancier :

le 1^{er} mois. néant.

le 2^{me} mois. 1 cas.

le 3^{me} mois. 3 cas.

le 4^{me} mois. 8 cas.

le 5^{me} mois. 6 cas.

le 6^{me} mois. 4 cas.

le 7^{me} mois. 7 cas.

le 8^{me} mois. 2 cas.

le 9^{me} mois. 9 cas.

Dans nos 2 observations, c'est encore vers la fin de la grossesse que se manifestent les accidents d'occlusion.

En résumé, l'occlusion intestinale n'apparaît guère avant le troisième mois et devient d'autant plus fréquente qu'on se rapproche davantage du terme de la grossesse. La raison en est dans les rapports qu'affecte l'utérus avec l'intestin pendant la puerpéralité. Dès l'instant que l'utérus, au fur et à mesure de son développement, gagne au premier trimestre, l'excavation pelvienne, puis au second, la cavité abdominale et enfin au troisième, la cavité abdomino-pelvienne, il s'en suit qu'à chacun de ces 3 stades correspond une plus grande fréquence de l'occlusion. L'organe gestateur aura d'autant plus d'action sur la lumière intestinale qu'il aura acquis un plus grand développement.

2° Influence de l'âge de la parturiente.

Vergez qui a encore étudié cette question, signale la fréquence de l'occlusion, suivant les différents âges et trouve de

20 - 25 ans.	1 cas.
25 - 30 —	6 —
30 - 35 —	6 —
35 - 45 —	6 — encore.

Nous pouvons ajouter à cette statistique, l'âge de nos deux malades dont l'une avait 32 ans et l'autre 26 ans, ce qui nous porte à croire que la plus grande fréquence de l'occlusion serait de 30 à 40 ans. On en a d'ailleurs signalé aucun cas en-dessous de 20 ans. Il semble que l'occlusion, pour se manifester, nécessite de la part de la parturiente une sorte de maturité, de complet développement de son activité sexuelle.

3° Influence de la parité.

Vergez à qui nous avons toujours recours, trouve dans 4 observations la primiparité et dans 10, la multiparité. Il est regrettable que dans un grand nombre d'observations, la parité ne soit pas signalée pour nous permettre d'établir une statistique convenable sur 35 observations où elle est signalée dans la thèse Gauchery, nous relevons 9 primipares, 7 secondipares et 19 multipares. D'autre part, la malade de M. le Prof. Fabre est aussi multipare. Il semble donc

que les multipares seraient plus souvent atteintes de cette redoutable complication.

On peut l'expliquer en disant que, à mesure que les grossesses se multiplient, l'organe gestateur a des tendances à augmenter ses diamètres et que les enfants venus en dernier lieu sont en général plus volumineux que les premiers, ce qui déplace par suite davantage les organes abdominaux et amène des phénomènes de compression.

Conclusion. — D'après ce que nous révèlent les statistiques, il nous est permis de résumer la question de la façon suivante :

L'occlusion intestinale apparaît après le troisième mois, augmente de fréquence à mesure qu'on se rapproche du terme, frappe avec prédilection les multipares et surtout les multipares qui ont dépassé la trentaine (et qui, par suite, sont en pleine période d'activité sexuelle.

C) CAUSES OCCASIONNELLES.

L'intérêt va grandissant et la question se complique, si l'on cherche à déterminer quelle est la véritable cause capable de susciter directement une occlusion au cours de la grossesse. N'y a-t-il qu'une simple coïncidence entre cet état morbide et l'acte physiologique de la grossesse, ou y a-t-il réellement entre eux deux une relation de cause à effet ?

Ou, pour s'exprimer sous une autre forme, afin de mieux comprendre la question, est-ce bien la grossesse qui serait de nature, par le fait de son évolution, à

constituer une occlusion intestinale, ou bien grossesse et occlusion seraient-elle complètement indépendantes, évoluant chacune pour leur propre compte, sans exercer la moindre action l'une sur l'autre.

1° Influence de l'utérus gravide sur l'intestin.

Tout porte à croire qu'il y a entre l'utérus en voie de développement et l'occlusion intestinale un rapport réel et non une simple coexistence. Les causes que nous allons énumérer tendent toutes à le prouver. Et d'abord, on ne peut supposer un organe en voie de développement et quittant par suite l'excavation pelvienne pour remplir la cavité abdominale sans songer immédiatement à la possibilité du refoulement des anses intestinales.

2° Influence de l'âge de la grossesse sur l'occlusion intestinale.

Une autre présomption en faveur de cette théorie et qui certainement a bien sa valeur, c'est l'absence absolue d'occlusion pendant les trois premiers mois de la grossesse. On comprend très bien que pendant cette période de début de la grossesse, alors que l'organe gestateur est encore retenu dans l'excavation pelvienne, il y a encore trop peu de modifications, au point de vue anatomique, entre l'utérus gravide qui est dans le petit bassin et le tube intestinal qui est abdominal. L'organe utérin n'a pas encore acquis un volume suffisant pour changer les rapports des organes abdominaux qui l'avoisinent.

3° Accidents de compression directe (causant soit la pseudo-occlusion, soit l'occlusion complète).

L'organe utérin, dès le quatrième mois, arrive à ne plus être contenu dans le petit bassin parce qu'il est devenu trop volumineux; aussi va-t-il se frayer un passage dans la cavité abdominale pour continuer son évolution. Dans l'abdomen, il trouve d'abord suffisamment de place, mais comme il continue à se développer pendant les quatrième et cinquième mois, il se produit, vers le sixième mois, de nouveaux phénomènes d'arrêt dans l'évolution, l'organe gestateur étant obligé de refouler l'intestin dans son ensemble pour se faire une place suffisante.

Aussi est-ce bien à cette époque que l'occlusion intestinale est la plus fréquente; c'est à ce moment qu'on peut voir survenir des phénomènes de compression directe de l'utérus gravide sur l'intestin. A ce propos, rappelons que M. le Prof. Budin, dans une étude sur les rapports de l'intestin et de l'utérus, dans *la Semaine Médicale*, 1893, a étudié, au point de vue clinique, les rapports de l'intestin avec l'utérus gravide. Il cite le cas d'une série de femmes enceintes qui venaient le consulter pour être débarrassées d'une constipation opiniâtre, de malaises et de douleurs vagues dans l'abdomen. En palpant ces malades, il constatait, en certains points de l'abdomen, une tuméfaction profonde tantôt peu appréciable, tantôt donnant la sensation d'une vraie tumeur. Puis, sous l'influence d'un purgatif énergique, la légère hyper-

thermie et tous les autres symptômes, y compris la tumeur stercorale, disparaissaient, et alors il faisait le diagnostic de coprostase par compression : 1° du fond de l'utérus sur le paquet intestinal; 2° de la tête fœtale sur le rectum. Ce n'est certainement pas ce qui se passe toujours; mais un grand nombre de cas doivent relever de ce mécanisme, et la coprostase signalée par le Prof. Budin pourrait bien n'être qu'un acheminement vers un commencement d'occlusion. Dans un grand nombre d'observations, on trouve une constipation assez rebelle, et c'est le fait que l'on trouve chez notre malade, où une constipation rebelle aux laxatifs datait même de plusieurs semaines et devait être le prélude des accidents d'occlusions. M. Verger cite plusieurs cas où il relate cette constipation dans les antécédents. Il fait mention notamment de l'action directe de l'utérus gravide sur l'occlusion dans l'observation de Bandera.

L'autopsie de la malade fut pratiquée par cet auteur, aidé de plusieurs chirurgiens de Mexico, et l'on ne trouva aucune lésion ayant pu déterminer l'occlusion. Mais l'utérus gravide était bien pour quelque chose dans la production de la compression, puisque son contour était dessiné sur les adhérences fibreuses qui reliaient l'anse sigmoïde du cæcum, le pôle inférieur du globe utérin appliquait d'autre part le rectum sur le sacrum.

Dans une autre observation publiée par Treub, l'autopsie démontra qu'aucune autre cause que l'organe gestateur n'avait pu produire l'occlusion; et ce qui le prouvait, c'est que le côlon gardait encore la

trace de son action sur une assez grande étendue qui présentait du sphacèle; nous pourrions citer également une observation de Vidal.

4^o Accidents d'occlusion dus à l'engagement expliquant les cas d'occlusion vers les derniers mois de la grossesse.

A côté de ces cas où la compression est exercée directement par le pôle supérieur du globe utérin, il est d'autres cas où l'on ne trouve pas d'autre agent d'occlusion que le pôle inférieur de ce même organe. Le mécanisme en est bien simple : après le sixième mois, l'utérus arrive à prendre un tel volume que la cavité abdominale ne peut plus le contenir, qu'il est contraint de descendre dans l'excavation pelvienne; c'est alors l'engagement de la partie fœtale, coiffée du segment inférieur de l'utérus. Aussi, dans les trois derniers mois, l'utérus s'étend dans l'abdomen en même temps qu'il gagne l'excavation, c'est-à-dire que l'engagement s'effectue. Dès lors, l'action de l'utérus peut se faire sentir en comprimant la partie inférieure du tube digestif; c'est ce qui est arrivé chez les malades de Kiéber, de Treub, de Thierry. Meyer rapporte encore l'observation d'une malade portée à Friedrik's hospital, alors que la tête était déjà engagée. L'accouchement terminé, l'amélioration se produisit immédiatement. M. Meyer ajoute, au sujet de sa malade qu'il traitait depuis longtemps : « Sans les vomissements fécaloïdes, on aurait attribué les accidents à la constipation; rien ne

prouve que la tête de l'enfant ou l'utérus n'ait pas exercé une action directe sur l'intestin. »

Les observations ne manquent pas où l'on pourrait relater les mêmes faits. (Observation by Burbidge White, Carthy, Sydney Jones, Albresht.)

On pourrait faire rentrer dans le même cadre l'observation du D^r Gonnet. Il est probable que chez ce malade l'obstruction si rebelle au début, et qui a cédé si brusquement était due à de semblables phénomènes de compression exercée soit par l'utérus gravide, soit par le kyste, combinant tous les deux leur action dans l'effet de concourir au même but. Nous croyons donc qu'il est très raisonnable de se ranger à l'avis de Meyer qui classe dans cette série tous les cas dont la cause est incertaine, ou est l'objet de nombreuses discussions, ou encore ceux qui ont été suivis de guérisons, soit parce que l'accouchement a fait disparaître la tumeur utérine, ce qui a amené une décompression brusque, soit parce que le traitement médical a permis à l'intestin de recouvrer son calibre normal.

5° Accidents d'occlusion dûs au réveil d'ancienne lésions sous l'influence de la grossesse.

Cette évolution interne non seulement explique l'occlusion par compression, mais est susceptible de de réveiller d'anciennes lésions inflammatoires par suite de phénomènes congestifs qui accompagnent ordinairement la grossesse. Si la malade a gardé des traces d'une ancienne salpingite ou s'il reste des lésions inflammatoires du côté de l'intestin encore

mal cicatrisé, la grossesse va agir sur elles de plusieurs façons. D'abord en augmentant de volume, l'utérus peut étirer d'anciennes adhérences de péritonite (Watkins, Gottsched, Meyer) en favorisant les vices de position (Braun, Bandera) ou bien par son processus congestif, elle peut créer de nouvelles adhérences entre les anses déplacées (Klauer)). C'est ainsi que se produisent les vices de position, les torsions, les volvulus et les coudures par des tiraillements provoqués sur les adhérences et les brides anciennes.

**6° Accidents d'occlusion dûs à la parésie intestinale
complication fréquente de la grossesse.**

Aux causes qui précèdent, il nous faut ajouter une autre cause d'occlusion, nous voulons parler de la constipation. Il n'est pas rare en effet, comme nous l'avons déjà dit d'observer dans les antécédents des malades des phénomènes de parésie intestinale. Les matières ne s'évacuent pas par suite du manque de contractilité de l'intestin. Il ne serait pas étonnant que cette constipation opiniâtre des femmes enceintes soit sinon un début d'occlusion, du moins une prédisposition à celle-ci.

**7° Accidents d'occlusion paraissant tout à fait
indépendants de la grossesse.**

Nous renvoyons au chapitre du diagnostic différentiel les faits de cet ordre qui n'ont pas un rapport direct avec notre sujet.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

I. — Occlusion par coudure de l'angle colique gauche.

L'anatomie de la région de l'angle gauche du côlon a bien été étudiée dans tous ses détails, mais nombreuses en sont les variations en ce qui concerne sa conformation et ses moyens de fixité. La situation de l'angle gauche présente une grande variabilité. A part Glénard, qui considère « l'angle gauche comme toujours suspendu à la 10^e côte, en arrière de la ligne axillaire par un repli péritonéal dont les attaches sont fixes et dont la longueur ne varie jamais », les autres auteurs sont loin de s'accorder : les uns le rattachent à l'extrémité antérieure de la 7^e ou de la 8^e côte, les autres à la 9^e ou à la 11^e ; pour MM. Bérard et Patel, l'angle gauche est situé entre la 9^e et la 10^e côte, un peu en dedans de la ligne axillaire, et c'est là ce qui répondrait à la majorité des cas.

En général, l'angle gauche est toujours plus haut situé que l'angle droit. Il répond à l'extrémité supérieure du rein gauche, au lieu de répondre à la partie

inférieure du rein droit. Sa situation est bien plus fixe, maintenu qu'il est par le ligament phréno-colique. Ce ligament existe presque toujours, on ne l'a vu faire défaut que rarement. MM. Bérard et Patel ont très bien décrit ce ligament : « Il se compose, disent-ils, de deux faisceaux ayant une insertion commune et une terminaison distincte ; l'un est constant, c'est le faisceau inférieur s'insérant à l'angle même du côlon, le second est inconstant, c'est le faisceau supérieur se fixant au-dessus de la partie terminale du côlon transverse ». Ce dernier serait plus grêle et n'existerait pas toujours. L'inférieur, au contraire, appelé à juste titre ligament phréno-colique proprement dit, est celui qui suspend véritablement l'angle gauche. Cet appareil suspenseur, d'après les mêmes auteurs, serait oblique en bas et en dedans dans l'angle colique. Chez un sujet normal il serait long de 2 à 5 cm. Il va se fixer à la partie externe de l'angle colique ne formant pas une sangle complète à l'intestin. Cet angle colique gauche est très variable dans sa forme, il est en effet sous la dépendance des modifications que subissent, soit le côlon transverse, soit l'estomac, soit l'intestin grêle, soit l'S iliaque qui tendent à l'augmenter ou à le diminuer. L'angle colique gauche est donc modifié par la chute du côlon transverse et surtout par la configuration du ligament phréno-colique.

C'est la disposition de ce ligament qui nous fera comprendre le mécanisme de ces sortes d'occlusion. Quénu, tout en tenant compte de l'influence des coutures intestinales, nie que l'angle splénique gauche

ait le rôle prédominant. Pour lui, le principal rôle revient aux adhérences pathologiques, et spécialement aux brides épiploïques développées autour de la terminaison du côlon transverse. Mais les cas chirurgicaux cités, et dans le fait compliquant une grossesse et rapporté par M. Fabre, on ne trouve aucune bride capable d'expliquer l'occlusion. Il faut donc admettre que l'angle splénique crée sur le trajet du gros intestin un point rétréci. MM. Bérard et Patel, en ouvrant le gros intestin près de son angle gauche, ont vu au niveau de la coudure une sorte de valvule, siégeant seulement sur la moitié inférieure, et formée par l'adossement de la paroi inférieure du côlon transverse et de la paroi interne du côlon descendant. D'autre part, quand le ligament se rendant au-dessus du côlon transverse existe, la coudure est atténuée. Les matières ayant à franchir une courbure à grand rayon passent facilement le point rétréci. Si cette expansion ligamenteuse manque, et MM. Bérard et Patel en ont réalisé l'expérience en la sectionnant, on se rend compte que les matières au lieu de suivre un plan horizontal, ont à gravir un plan incliné et peuvent être facilement arrêtées par l'angle aigu déterminé par le ligament inférieur qui seul agit. Il faut alors que la musculature intestinale fasse un plus grand effort pour leur faire franchir cette arête. A ces conditions mécaniques s'en joignent d'autres d'ordre physiologique. Il faut tenir compte de la distension exagérée du côlon transverse, de l'affaiblissement du muscle intestinal qui ne sera plus capable de fournir l'effort nécessaire pour lutter contre l'obstacle.

Mais les occlusions de ce genre ne sont pas toutes le fait de la distension du ligament phréno-colique réduit à un seul faisceau, les lésions pathologiques sont reconnues dans certains cas comme les agents de ces occlusions. On a vu des brides dues à une périgastrite ou à une péricolite atteindre la portion terminale du côlon transverse et y créer des coudures, des rétrécissements analogues. Dans ces cas ces brides enserrrent l'intestin d'une façon plus complète. Mais lorsqu'on ne trouve pas de brides ni aucune autre lésion, il faut bien admettre le rôle du ligament phréno-colique.

II. — Occlusion intestinale en général au cours de la grossesse.

Connaissant l'étiologie de l'occlusion au cours de la grossesse, il nous sera plus facile maintenant d'en comprendre le mécanisme, ou, si l'on préfère, de savoir de quelle façon la grossesse exerce son action sur l'intestin pour produire l'occlusion. Il semble tout naturel de diviser les occlusions intestinales en rapport avec la grossesse en trois catégories pour faciliter l'étude de la pathogénie.

1^o Des occlusions engendrées par la grossesse.

C'est principalement dans les trois derniers mois que l'action de l'utérus gravide se fait sentir sur l'intestin. Cette action résulte de la situation de l'organe gestateur par rapport à celle de l'intestin dans la cavité abdominale. On sait, en effet, que

l'utérus peut venir s'appliquer par sa face postérieure sur le rectum ou venir comprimer par son front l'intestin grêle ou l'S iliaque. Nombreuses sont les observations qui nous permettent de croire à ce mécanisme.

Pollosson raconte qu'à la suite d'une césarienne, l'utérus en voie de régression vint comprimer l'S iliaque contre le bassin. Chantemesse présente une observation dans laquelle le simple redressement d'un utérus gravide de quatre mois, qui était en rétroversion, suffit pour amener une débacle. Vergez à son tour cite à ce propos deux observations, l'une de Bandera, et l'autre de Treub. Bandera, après autopsie de sa malade, vit que la tumeur utérine avait un volume incompatible avec les dimensions du gros intestin rempli de gaz et de matières fécales. L'S iliaque avait été obligé d'effacer ses courbures, de remonter dans l'hypochondre et d'aller s'appliquer contre le cæcum distendu de son côté par des matières fécales. Au point de contact de ces deux portions de l'intestin existaient des adhérences de nouvelle formation et de l'hyperhémie des parois, preuves de la compression qui s'exerçait à cet endroit. Le cas de Treub rentre dans la même catégorie. L'utérus gravide de 7 mois, enclavé en rétro-flexion dans le petit bassin exerçait des phénomènes de compression sur l'anse sigmoïde et l'appliquait contre la concavité sacrée. Cette portion de l'intestin était sphacélée. Lepage rapporte un fait plus démonstratif encore. Sa malade présentait des signes bien accusés d'occlusion intestinale que tous les moyens thérapeu-

tiques n'avaient pas fait disparaître ; on pensa à provoquer l'accouchement, et immédiatement après la délivrance, la malade expulsa une grande quantité de gaz très fétides et une garde-robe abondante fut déterminée par un lavement glycérimé.

Le lendemain de l'accouchement la malade vit son abdomen diminuer de volume et sa douleur disparaître. On ne cite qu'un cas qui semble faire exception à la règle, qui au lieu d'être provoqué par la compression, serait dû à une torsion de l'utérus. C'est Gottschalk qui en donne l'observation.

Pendant une laparotomie faite pour un accident d'occlusion intestinale survenue chez une femme enceinte de quatre mois, on retrouva une torsion de l'utérus gravide qui amena le bord gauche et ses annexes gauches en avant, les annexes droites en arrière en même temps que l'S iliaque, en la branche droite, cheminait sur son bord gauche et devenait médian. Il existait aussi des vestiges d'adhérences rompues par l'organe en voie d'accroissement et qui devaient fixer les annexes en arrière. Gottschalk pense que la torsion de l'utérus avait dû causer le volvulus. Le cas de cet auteur trouve bien sa place ici, car il sert d'intermédiaire entre l'action directe exercée par l'utérus gravide et l'influence de cet organe sur l'intestin.

2^o Occlusions influencées par la grossesse.

Dans cette catégorie rentrent les occlusions dues à l'étranglement interne. Gauchery déclare que cet

agent d'occlusion existe dans 60 pour 100 des cas. Il n'est pas rare de retrouver chez un grand nombre de malades, soit une ancienne péritonite généralisée, soit une pelvi-péritonite, soit une irritation péritonéale causée par des tumeurs de nature diverse et qui demeurent à l'état latent, jusqu'à ce qu'une grossesse en évolution vienne les réveiller et leur rendre leur ancien caractère de gravité. Ces traces d'anciennes inflammations peuvent donc reprendre une allure aiguë et être la cause des accidents; on retrouve fréquemment au cours d'une intervention ou à l'examen des organes après la mort l'existence de brides que l'on désigne communément sous le nom de brides péritonéales. On comprend aisément que l'utérus gravide dans sa migration dans l'abdomen va rencontrer ces vieilles adhérences, et suivant son action sur elles, va produire des accidents de nature différente, ou bien ce sera une anse intestinale qui, sollicitée par lui, va se couder sur une bride péritonéale (Champetier de Ribes et Pinard), ou bien ce sera tout une portion d'intestin que l'utérus poussera à s'engager dans un orifice (Morestin, Meyer), ou enfin ce sera une anse qui s'engagera sous une arcade fibreuse. On peut voir encore une bride insérée par une extrémité sur l'intestin, et par l'autre sur l'utérus ou un autre point de la cavité abdominale, soit pariétal, soit viscéral, ou enfin sur les annexes. L'utérus en se développant exercera des tractions sur cette bride et déterminera, soit une coudure, soit un volvulus. Les tiraillements qu'il détermine sont parfois tels qu'ils produisent la rupture de ces adhérences

et causent des dégâts considérables dans la cavité abdominale. On a vu ainsi la rupture de l'utérus ou du ligament large, ou enfin du mésentère (Gottschalk et Watkins). Ces brides peuvent presser sur l'intestin de façon à supprimer complètement sa lumière, et alors des symptômes graves éclatent et se traduisent par une douleur violente, localisée au point de la traction et la malade ne tarde pas à tomber dans le collapsus. On peut voir, au contraire, l'intestin simplement attiré par une bride peu résistante, et alors dans ce cas son calibre sera seulement diminué et les accidents prendront une allure chronique avec une douleur moins vive et une constipation pouvant céder au traitement médical.

Le mécanisme de l'occlusion par strangulation est bien réalisé dans l'observation de Meyer, où on a constaté dans le ligament large du côté gauche un orifice à bord taillé à pic, et dans lequel l'intestin grêle était venu s'étrangler, et la paroi intestinale qui était pressée entre les bords de l'ouverture accusait une sorte de dilacération. M. Meyer explique ainsi le mécanisme de l'occlusion : « La grossesse a probablement exercé une double action : elle a d'abord augmenté les dimensions de l'orifice par la distension des ligaments larges, elle a ensuite engagé l'intestin dans l'ouverture préalablement élargie ; il ne serait même pas impossible que la grossesse mettant en jeu l'élasticité des ligaments larges ait déterminé la formation de l'orifice. »

Dans une autre observation de M. Meyer, le mésentère avait pris un tel développement qu'une portion

du gros intestin avait pu s'engager sous un pont qu'il formait au-devant de la colonne vertébrale.

Il est d'autres agent d'étranglement qui peuvent évoluer en même temps que la grossesse, l'utérus gravide et une tumeur quelconques peuvent se prêter un mutuel concours pour augmenter la distension abdominale et déterminer les accidents.

Dans une observation de Lotheisen, la laparotomie fit constater une tumeur du volume du poing alors que l'utérus était de quatre mois. Dans l'observation du D^r Gonnet, c'est un kyste de l'ovaire qui ajoutant son action à celle de l'utérus gravide, avait probablement déterminé des phénomènes d'occlusion. Ce qui le prouve, c'est que le kyste ayant rétrocedé durant le cours même de la grossesse, les accidents s'atténuaient jusqu'à disparaître même complètement pendant un voyage que fit la malade. Mouchet cite le cas d'un kyste dermoïde à pédicules tordus qui déterminait des accidents d'occlusion intestinale aiguë par adhérence.

La gravidité peut encore influencer l'occlusion intestinale par les troubles que l'on observe fréquemment chez les femmes enceintes. On sait qu'elle prédispose à l'intéroptose surtout chez les multipares. Les malades de Porak et de Poppert chez lesquels on constata l'invagination de l'intestin grêle favorisée probablement par l'intéroptose en étaient la première à sa troisième couche et la deuxième à sa douzième. Cependant l'autopsie ne fournit aucun renseignement.

Ce que l'on observe encore fréquemment au cours

de la grossesse c'est la parésie intestinale. Normalement pendant la gravidité, l'intestin est paresseux, il se vide mal dès que cette diminution de contractilité intestinale s'accroît, le tableau de l'occlusion intestinale se réalise avec des vomissements, le ballonnement du ventre, de la suppression des matières et des gaz et un pouls fréquent. L'intestin subit une dilatation énorme par suite du séjour des matières fécales dans son intérieur, et cette dilatation prolongée détermine à la longue la paralysie.

Lepage en rapporte plusieurs exemples dans le compte rendu de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de 1901 et lui aussi reconnaît les difficultés qu'il y a à diagnostiquer une occlusion vraie d'une pseudo-occlusion par parésie intestinale.

3^o Occlusion paraissant indépendante de la grossesse.

Peut-il exister une occlusion n'ayant aucun rapport avec la grossesse ? Est-ce simplement le fait du hasard qu'il y ait en même temps grossesse et occlusion ? On ne peut se prononcer d'une façon affirmative. Il est facile de constater la co-existence des deux états, mais il est plus difficile de prouver qu'il n'y a aucun motif de croire que la grossesse a pu produire l'occlusion. Vergez ne cite-t-il pas deux cas de volvulus (Braun et Gottscheld) que l'on ne sait à quel mécanisme attribuer.

Cependant il se peut qu'il existe des occlusions intestinales comme complications intercurrentes, surtout celles qui surviennent avant le troisième mois,

alors qu'on ne peut invoquer aucune des causes que nous avons décrites. Il est vrai qu'on n'a vu qu'un cas d'une femme morte d'occlusion intestinale et enceinte de six semaines ; on le trouve exposé par Zachen dans sa thèse de Leipzig en 1907.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. LÉSIONS PAR COMPRESSION.

Les lésions décrites dans tous les auteurs au sujet de l'occlusion intestinale ordinaire sont identiques à celles qu'occasionne l'occlusion pendant la gravité. Nous décrirons surtout les lésions qui sont directement en rapport avec la gestation. Gauchery, dans sa thèse, a fait une statistique de la fréquence des lésions au cours de la grossesse et il a trouvé que de toutes c'est bien l'étranglement interne qui tient le premier rang : « Sur trente-sept relations complètes, nous relevons, dit-il, l'étranglement interne dans vingt-deux cas, les lésions par compression, dans huit cas ; les volvulus, torsions, coudures, dans sept cas seulement. »

Dans l'occlusion ordinaire, la compression de l'intestin peut être produite par une tumeur ou une lésion quelconque. Dans la gravité c'est l'utérus que nous avons en vue comme agent d'occlusion. Cet organe peut arriver à obstruer complètement la lumière intestinale et amener les deux parois en contact

l'une de l'autre. Si cet aplatissement se prolonge un certain temps, on voit alors survenir par suite de l'irritation des tuniques intestinales des troubles dans la circulation de l'anse comprimée qui, à la longue, finissent par désorganiser les tissus qui sont privés de circulation, causant de la dilacération et pouvant même dans un terme ultime provoquer du sphacèle.

Il n'est pas rare non plus de voir se produire sous l'influence de cette irritation constante une entérite s'accompagnant de poussées de péritonite locale. Nous avons déjà cité deux observations où l'on avait constaté ces altérations du côté des tuniques intestinales.

D'autres fois, des accidents de compression se sont manifestés au cours de la grossesse, et cependant l'autopsie ne nous a révélé aucune lésion. Il est probable que ces accidents passagers étaient dûs à une compression faible qui n'avait pas eu le temps de déterminer des lésions de l'intestin. L'obstacle enlevé le cours des matières fécales pouvait se rétablir facilement. Il existe des cas où la compression été constatée de visu.

Lotheisen est intervenu chez une femme enceinte de cinq mois pour des accidents d'occlusion et il trouva une tumeur de l'ovaire à pédicule tordu qui comprimait l'S iliaque en venant se placer derrière lui. Il en fit l'ablation et la grossesse évolua sans incident. La rétroflexion de l'utérus ne produit généralement pas d'accidents dans les premiers mois et parfois il arrive que l'œuf en se développant redresse l'utérus et supprime la déviation ; mais il n'en est plus

de même vers les troisième et quatrième mois où l'utérus gravide vient s'appliquer contre le rectum.

Nous connaissons déjà le fait de Treub dans lequel l'S iliaque était appliqué contre le sacrum par le corps en rétroflexion d'un utérus gravide de sept mois et enclavé dans l'excavation pelvienne.

Il faut encore rapprocher de ces cas celui de Thiéry. Il avait opéré à Lerallois-Perret une malade enceinte de huit mois pour des symptômes d'occlusion intestinale avec vomissements alimentaires, non bilieux, puis fécaloïdes. En ouvrant l'abdomen, il trouva tout le paquet intestinal surdistendu. Il n'y avait d'autre obstacle que celui de ne pouvoir passer la main entre le promontoire et le globe utérin; ce dernier comprimait l'intestin contre la paroi pelvienne.

Toutefois, ces cas de compression intestinale par un utérus gravide ne sont pas très fréquents. Pinard déclare n'avoir jamais vu l'occlusion intestinale compliquer une grossesse normale; quand on les observe, dit-il, il s'agit presque toujours de grossesse intra-utérine.

II. INFLAMMATIONS AVEC BRIDES PÉRITONÉALES.

1^{re} Catégorie. — Organes creux.

A) Brides appendiculaires.

Presque toujours, en effet, l'occlusion due à la gravidité reconnaît pour cause de brides péritonéales anciennes, plus ou moins résistantes que l'on fait

disparaître au cours des interventions ou que l'on découvre à l'autopsie. Lemer cier, dans son étude, divise ses brides en deux catégories : celles qui sont creuses ou composées d'organe creux comme l'appendice illéo-cæcal les diverticules, et celles qui sont pleines ou qui proviennent d'une disposition accidentelle d'organes pleins à structure normale, ou enfin d'une production nouvelle pseudo-membraneuse d'origine inflammatoire. Dans la première classe rentrent les étranglements occasionnés par des brides appendiculaires.

Bonnet, en 1860, avait déjà parlé du siège de prédilection des brides dans la fosse iliaque droite. Actuellement, les abcès d'origine appendiculaire se rencontrent assez fréquemment.

Et cependant on trouve peu d'occlusions intestinales occasionnées par ces brides d'origine appendiculaire.

Rudaux et Chartier, en 1905, en ont rapporté un cas très net où l'étranglement avait eu lieu dans un anneau constitué par l'appendice illéo-cæcal et son méso recourbés sous l'anse étranglée et terminée par une bride adhérant fortement au mésentère au niveau de sa continuation avec le méso-appendice.

B) *Brides utéro-annexielles.*

Parmi les autres organes que l'on peut encore assimiler à des organes creux, se trouvent les annexes. L'inflammation de l'utérus et de ses annexes peuvent donner naissance à des brides que Leconte, de Lille,

a bien étudiées. Cet auteur est arrivé à rassembler dix-huit observations d'occlusions intestinales dues à ces sortes de brides. Leur action paraît s'être fait sentir pendant la grossesse dans les cas de Corner, de Carthy, de Témoin, de Putegenat, de Heiller.

On observe aussi des adhérences entre l'anse sigmoïde et les annexes gauches dans le cas de Watkins, une partie de l'anse sigmoïde est étirée par des adhérences et celles-ci ont causé un même temps une déchirure du mésentère et du ligament large gauche sous l'influence de l'accroissement.

Il en est encore ainsi dans l'observation de Champetier où l'on trouve à l'autopsie les anses intestinales enveloppées de fausses membranes très épaisses indice d'une ancienne péritonite, et où l'on constate nettement par une dissection minutieuse, une bride très solide jaunâtre, épaisse, du volume d'une grosse plume d'oie, longue de 5 à 6 centimètres, qui s'étend du fond de l'utérus à l'extrémité supérieure du côlon iléo-pelvien. M. Champetier ajoute : « Cette bride paraît être un appendice graisseux du côlon qui s'est fixé sur l'utérus ; la portion de l'intestiu située au-dessous de l'obstacle est vide flasque et rétractée ».

On peut encore citer à l'autopsie de la malade de Gottschleld : La malade était morte le 7^e jour après l'accouchement et l'autopsie montra le grand épiploon adhérent à droite à la face antérieure de l'utérus, et en même temps une bride fibreuse qui partait du fond de l'utérus sur la liane médiane et gagnait la partie inférieure du grand épiploon. Un peu au-dessous du promontoire, cette bride avait formé un anneau étroit

dans lequel une anse grêle s'était insinuée. L'anneau était manifestement d'origine mésentérique et très épaissi en un point où il adhérait avec le fond de l'utérus.

c) Brides inter-intestinales.

Sur l'intestin, les lésions sont encore plus manifestes, on peut y voir des anses agglomérées entr'elles formant un paquet serré par de vieilles brides. C'est surtout l'intestin grêle que les brides atteignent, peut être à cause de sa plus grande longueur et de ses nombreux replis. Les deux bouts de l'intestin, celui qui est au-dessus et celui qui est au-dessous de l'étranglement ont un aspect tout à fait différent. Le supérieur est distendu par le gaz et les matières fécales, tandis que l'inférieur est flasque, vide, rétracté. Souvent il existe sur la paroi intérieure de l'anse les traces de l'étranglement, soit un petit sillon, soit un aplatissement, soit des tiraillements de l'anse et parfois comme dans la compression, la gangrène par suite de l'arrêt de la circulation. D'autre part ces brides tirant sur l'intestin peuvent déchirer sa paroi et déterminer la perforation sur laquelle nous reviendrons au chapitre du diagnostic.

Ces brides inter-intestinales ont été observées chez deux malades : l'une de Demelin, où l'on vit pendant l'intervention, au-dessus du cæcum, une bride serrée dure et résistante que l'on attribua à une pelvi-péritonite ancienne.

L'autre observation est celle de Smith où l'étranglement d'une anse semblait provenir d'adhérences

entre les différentes anses intestinales. On rompit les adhérences, on leva l'étranglement, et la malade guérit.

2^e Catégorie. - **Organes pleins**

Brides post-opératoires

Nous arrivons maintenant à la deuxième catégorie de lésions, celles qui sont dues à des organes pleins, dans le cadre de laquelle nous ferons rentrer les brides post-opératoires et les tractus ou brides, soit mésentériques, soit épiploïques.

Les brides post-opératoires tantôt dures, résistantes, tantôt molles et friables ; il suffit alors de la moindre traction pour les rompre. Spencer, Wells, en fit l'étude vers 1860, mais ses descriptions portaient sur les brides post-opératoires en dehors de la grossesse. On trouve dans une publication anglaise : « in transactions of the obstetrical society of London 1869 », des détails assez précis sur ces produits cicatriciels. Enfin en 1886, Wolf Lyrsch et plus récemment le Dr Legneu se sont occupés de cette question. Ces auteurs ont remarqué que le moment de l'apparition de l'occlusion intestinale pendant la puerpéralité dépendait dans une certaine mesure de l'insertion de ces brides. Certaines brides exerceraient surtout leur action pendant la grossesse ; ce seraient celles qui unissent une anse intestinale soit à une autre partie de l'intestin, soit aux parois abdominales. Au contraire les brides utéro-intestinales semblent agir au moment du travail. Les brides pariéto-intestinales sont presque toujours post-opératoires.

Dans l'observation de Tuja, l'intestin adhérait à une ancienne cicatrice de laparotomie pour kyste de l'ovaire. Champetier trouva chez sa malade une bride qui ressemblait à une plume d'oie, laquelle était insérée solidement sur une anse, par une extrémité, et dont l'autre extrémité allait se fixer au milieu d'une cicatrice de la paroi abdominale consécutive à la laparotomie. Rappelons enfin tous les cas d'étranglement occasionnés par le mésentère tordu ou enroulé sur lui-même comme une corde, ou ce qui est plus fréquent par une portion d'épiploon fixée en un point quelconque de la cavité abdominale.

III. PRODUCTION D'ORIFICES ACCIDENTELS

La grossesse peut encore agir d'une autre façon en étirant tous les organes avec lesquels elle entre en contact. Elle peut provoquer ainsi des déchirures du mésentère et créer des orifices par où l'intestin pourra s'engager. En distendant les ligaments surtout le ligament large, elle peut ouvrir des interstices où la poussée intestinale viendra se faire et où s'étranglera facilement une anse. Nous avons déjà parlé de la malade de M. Meyer chez laquelle on découvrit à l'autopsie une malformation du mésentère. Entre la colonne vertébrale et le mésentère, il s'était formé un sac dans lequel s'étranglait le côlon transverse. Nous ne ferons que rappeler aussi cette observation où la distension du ligament avait créé un orifice où une anse avait pénétré. ce cas de Morestin est à rapprocher de ces faits. Il s'agissait d'un orifice mésentérique où une

anse grêle, tordue sur elle-même avait pénétré. Après la détorsion, la réduction de l'intestin s'opéra facilement et la déchirure de l'orifice mésentérique amena immédiatement et de proche en proche une distension rapide des anses flasques, par les gaz.

IV. DÉFORMATION INTESTINALE, INVAGINATION, VOLVULUS, TORSIONS, COUDURES.

L'étranglement n'est pas seulement le résultat des tiraillements exercés sur les parois intestinales par des brides ou des néo-membranes. L'utérus en se développant peut repousser au devant de lui l'intestin, le modifier dans sa forme, de manière à produire des lésions diverses comme l'invagination, le volvulus, les torsions et les coudures.

Pappert trouva à l'autopsie d'une malade à 15 cm. de la valvule de Bauhin une cicatrice résistante, au niveau de laquelle le calibre intestinal était rétréci. Le huitième jour des accidents, la malade avait en effet rendu dans le vase un morceau d'intestin grêle long de 48 cm., avec toutes ses couches et parfaitement reconnaissable. On rapporte aussi le cas d'une malade de Porak, opérée par Potosky *in extremis*, chez laquelle cet auteur trouva une invagination d'une dizaine de centimètres d'intestin grêle déjà sphacélé.

Gauchery trouve dans 6 observations des volvulus et des torsions. Dans l'une c'est une anse d'intestin grêle, tordue de gauche à droite de plus de 180° (Morestin); dans une autre c'est une double torsion

à la partie moyenne du côlon transverse (Gottsched); dans une autre il s'agit d'un volvulus de l'S iliaque (Baudera, Braun, Galabin); dans une autre enfin, c'est une rotation de l'S iliaque sur son axe, contemporaine d'une torsion axiale de gauche à droite de l'utérus gravide (Gottschalk).

Il est dit que dans l'observation du Prof. Fabre, que, au voisinage de l'anus qui a été pratiqué, la partie sigmoïdienne du côlon était recourbée plusieurs fois sur elle-même et que ses anses étaient agglutinées par des exsudats récents. Mais il est probable qu'il faut attribuer cette torsion aux accidents post-opératoires, car dans cette observation, l'occlusion paraît plutôt due à des phénomènes de compression.

Les coudures sont en général provoquées par des adhérences de péritonite ancienne (Champetier, de Ribes, Daniel et Pinard). Ce dernier observa à la partie inférieure de l'S iliaque de sa malade une bride insignifiante qu'une légère traction aurait pu briser facilement, et faire disparaître ainsi, l'occlusion déterminée par la coudure. En somme les lésions que nous venons de décrire diffèrent peu de celle de l'occlusion chirurgicale, seule la cause de l'occlusion à savoir l'utérus gravide n'est pas la même.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

I. Occlusion par coudure de l'angle colique gauche.

Le tableau clinique de l'occlusion par coudure de l'angle gauche diffère suivant qu'il s'agit d'une forme grave, c'est-à-dire d'une occlusion complète ou d'une forme légère, ne se manifestant que par des symptômes d'obstruction.

1° *Forme grave.* — Ordinairement, le début est progressif. Ce n'est qu'après plusieurs périodes de constipation passagère de durée variable que l'occlusion s'établit d'une façon définitive. D'après MM. Bérard et Patel, il est fréquent de voir ces malades souffrir de coliques dans tout l'abdomen, et indiquer eux-mêmes le sens des contractions intestinales suivant le trajet de l'intestin grêle et du gros intestin. La tension de l'épigastre n'est pas rare. Mais le signe de plus grande valeur, sur lequel ont insisté ces auteurs, est la *douleur fixe, nettement localisée et plus vive au niveau de l'hypocondre gauche*. Il ne

faut jamais manquer de la rechercher. Le météorisme présente, lui aussi, un caractère particulier, la distension en effet se présente surtout dans le flanc droit, le creux épigastrique, le cæcum; ce dernier peut se dessiner plus ou moins nettement sous la paroi et donner du clapotage. Les selles disparaissent, les gaz à leur tour ne sont plus émis. Les vomissements sont *tardifs mais très abondants*, rarement fécaloïdes. L'état général paraît peu influencé pendant plusieurs jours, le poulx reste tendu, la température est plus élevée. Bouveret, dans la thèse de Frarier, signale un caractère spécial du péristaltisme « la région droite, dit-il, est tendue, parcourue par des ondes de contraction intestinale, tandis que la région gauche est relativement affaissée ». Il montre le contraste constant qui existe entre ces deux régions, l'une supéro-droite, l'autre inféro-gauche.

2° *Forme légère*. — Cette forme est réalisée par une malformation congénitale ou acquise du ligament phréno-colique, soit par ptose, soit par parésie du côlon au niveau de l'angle gauche. Chez ces malades, on trouve une ptose viscérale généralisée; les reins, le foie, l'estomac sont abaissés comme le côlon transverse. Ils se plaignent de troubles digestifs, de constipation ordinaire. Ils ressentent un point douloureux dans l'hypocondre gauche, d'autant plus violent que les troubles digestifs sont plus marqués. Les vomissements sont plus rares dans cette forme et les selles disparaissent moins vite.

D'après Reynier (Société de chirurgie, avril 1902):
« Le point douloureux de la 7^e ou 8^e côte gauche,

que l'on attribue presque toujours à une névralgie intercostale, serait due à une occlusion incomplète au niveau de l'angle gauche ». Le traitement n'ayant produit aucun effet et sachant que ces malades étaient des ptosiques, qu'ils se plaignaient de douleurs et de ballonnement du ventre, M. Reynier eut l'idée que ces accidents pouvaient bien être déterminés par la chute du côlon transverse.

II. Occlusion intestinale en général au cours de la grossesse.

On peut voir évoluer de deux façons l'occlusion intestinale. Ou bien elle prend de suite une allure aiguë se manifestant avec une certaine brusquerie qui rend l'intervention rapidement urgente; c'est l'occlusion aiguë. D'autres fois elle revêt une allure trainante, les accidents apparaissent progressivement et il n'est pas aussi indiqué d'intervenir, c'est l'occlusion chronique ou mieux, l'obstruction intestinale.

I. FORME AIGUE.

1° DÉBUT. — L'occlusion débute par des signes variant presque avec chaque cas. Tantôt les accidents éclatent brusquement, atteignant une femme en pleine santé (observation de Corner, Carthy, Pye-Smith, Sydney Jones de Baudéra, Meyer, Graïg).

Dans le cas de Gottschalk, la grossesse évoluera normalement jusqu'au jour où la malade, n'ayant pas été à la garde-robe, se plaint de *nausées* et de *douleurs dans le bas-ventre*.

La purgation ne ramena qu'une garde-robe insuffisante et en moins de dix heures, la malade devint moribonde. Tantôt la femme souffre depuis longtemps de *constipation opiniâtre* et de douleurs pelviennes, qui commencent quelquefois avant le début de la grossesse et qui se poursuivent pendant la gestation et cèdent momentanément par une thérapeutique appropriée. Puis brusquement, il arrive un moment où la constipation ne cède plus aux moyens habituels ; des vomissements apparaissent et bientôt tout le tableau de l'occlusion se dessine. C'est absolument le cas de la malade du professeur Fabre, qui présentait une constipation habituelle même en dehors de la grossesse. Le 13 décembre apparaissaient les symptômes caractéristiques de l'occlusion, une douleur brusque dans le ventre du côté gauche qui persistait malgré l'évacuation, des vomissements et de la diarrhée. D'autres fois la malade ressent de petits malaises, des douleurs vagues dans le ventre.

On a vu aussi les *vomissements* être le premier signal de l'occlusion. Gauchery signale le cas d'une malade enceinte de quatre mois qui, jusque là, bien portante, vomit brusquement son dîner ; dans la nuit suivante, elle ressentit des douleurs et eut de nombreux vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes, le faciès grippé, le ventre ballonné. Il fallut intervenir et on se trouva en présence d'une occlusion. Il n'est pas rare de voir aussi la diarrhée au début (observations de Sydney Jones, de Galabin, de Carthy).

Plus rarement, c'est l'état général qui attire l'attention en premier lieu : La malade a le visage altéré, les traits tirés, les yeux excavés, le nez effilé, le pouls petit et fréquent, alors que la température ne change pas beaucoup. Le début de l'occlusion intestinale pendant la grossesse paraît donc identique à celui des occlusions en dehors de cet état. Il peut être brusque ou progressif et le premier signe peut être ou la constipation opiniâtre, ou la douleur, ou les vomissements, ou enfin le faciès péritonéal d'emblée.

2° SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Dans l'occlusion gravidique, nous voyons encore apparaître les mêmes symptômes que dans l'occlusion ordinaire ; mais nous nous appliquerons surtout à en faire ressortir les caractères spéciaux.

A) *Douleur*. — C'est ordinairement la douleur qui ouvre la scène, dit M. Lemercier. Si elle fait défaut, elle est généralement remplacée par de faibles coliques abdominales. « Elle se montre, ajoute cet auteur, soit sous la forme continue, à crises paroxysmiques, soit sous la forme intermittente. La douleur continue est due à la striction permanente de l'intestin et les paroxysmes à ses contractions péristaltiques et antipéristaltiques.

La douleur a été le premier signe dans les observations de Pollosson, de Champetier, de Ribes, de Daniel, de Morestin, de Baudéra, de Corner, Demelin. Elle a des caractères particuliers : elle est primitivement localisée soit à la fosse iliaque droite, soit à la fosse iliaque gauche, soit à l'épigastre. Cette fixité

du siège est ce que l'on désigne sous le nom de signe de Besnier. Elle est vive, subite, assez violente pour arracher des cris à la malade; dans la suite, elle se généralise à l'abdomen. La pression, d'après Trèves, deviendrait particulièrement douloureuse à l'ombilic, ce qui tiendrait à ce que le plexus solaire correspond à cette région. Toutefois, la douleur n'a pas toujours de caractère aussi précis. Wiht cite le cas d'une malade qui avait des douleurs dans la fosse iliaque depuis trois mois et ce n'est qu'au moment des accidents qu'on parvint à réveiller une douleur plus vive dans la région cœcale.

Dans notre observion, le signe de Besnier existait. On trouvait, en effet, une douleur très vive et nettement localisée dans la fosse iliaque gauche. Toutefois ce signe, qui a une grande valeur dans l'occlusion gravidique, peut faire défaut.

La douleur parfois ne se localise pas, elle revêt la forme d'un endolorissement de tout l'abdomen pouvant se localiser plus tard en une région quelconque (Chantemesse, Gottschalk, Bar, Meyer). Lemer cier dit que « les douleurs peuvent disparaître plusieurs heures pour reparaitre plus tard et, d'après plusieurs auteurs, ce serait un signe de mauvaise augure ». On trouve ces rémissions dans les observations de Pollosson, de Champetier, de Ribes, de Daniel, de Heath. Dans cette dernière, il y avait des douleurs brûlantes dans le ventre au lendemain de l'accouchement, lesquelles cessèrent le troisième jour et se manifestèrent de nouveau le huitième et devinrent atroces le neuvième, jour de la mort.

B) *Vomissements*. — Dans l'occlusion intestinale gravidique, les vomissements sont plus rares généralement, moins abondants. « La cause, dit Lemerrier, en est peut-être due à ce que les matières sont arrêtées progressivement dans leur cours, ou bien à ce que le siège de l'occlusion est le plus souvent bas situé, sur le rectum ou l'S iliaque. » Dans les observations de Braun, White, Carthy, il y eut de simples nausées sans vomissements. Leur caractère ressemble à ceux que l'on trouve dans toute occlusion. Ils sont d'abord alimentaires, puis muqueux, bilieux et enfin fécaloïdes au bout de 2 jours (Journay), de 3 jours (Gottschalk), de 4 jours (Meyer), de 5 jours (Maygrier), de 6 jours (Tuja), porracés s'il y a des phénomènes de péritonites (cas de Porak). Quelquefois il sont le premier phénomène que l'on constate, d'autres fois, ils ne font leur apparition que le deuxième ou le troisième jour. Leur abondance est variable; ils peuvent être incessants (Watkins), au nombre de 50 dans une journée (Tuja), ils peuvent, au contraire, être très rares dans le cas de Champetier, où on ne constate qu'un seul vomissement verdâtre, muqueux, peu abondant le troisième jour. Comme dans celui de Bar, où un vomissement eut lieu le quatrième jour. On a vu deux vomissements de matières muqueuses depuis le début des accidents chez la malade de Gottschalk et de simples éructations chez celle de With, de Carthy. Il n'est qu'un cas, celui de Gottschalk, où on les ait confondus avec des vomissements incoercibles de la grossesse.

D) *Constipation*. — Certains auteurs, dit Lemer-

cier, ont prétendu que la constipation était moins opiniâtre dans l'occlusion intestinale que dans l'occlusion ordinaire. Ils invoquent comme cause le développement graduel de l'utérus. Il est possible qu'elle soit moins opiniâtre, ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est constante et qu'elle constitue le principal signe de l'occlusion au cours de la grossesse. Nous avons déjà signalé sa fréquence au début de l'affection, en tout cas elle ne manque jamais dans la période d'état. Elle est souvent associée aux nausées, parfois aux vomissements. Gauchery a trouvé que dans 40 % des cas c'est un phénomène initial et cite plusieurs observations où cette constipation est signalée plusieurs jours même avant l'apparition des autres symptômes : Ce sont celle de Treub, où il y avait de la constipation depuis 5 jours ; celle de Bar, où la constipation a été absolue pendant 3 jours. Dans l'observation de M. Fabre, la malade n'allait que tous les 4 ou 5 jours à la selle et la constipation était habituelle.

On a vu la diarrhée, rarement il est vrai, remplacer la constipation. Ce symptôme semble en contradiction avec l'occlusion. « La diarrhée, dit Vergez, est une anomalie clinique inattendue et déconcertante ». Galabin nous dit qu'au sixième jour de la grossesse, sa malade avait une diarrhée rebelle qui l'avait mise dans un grand état de faiblesse ; puis la diarrhée disparut et les signes d'occlusion apparurent. Carthy cite une malade qui, au cinquième mois de la grossesse eut une diarrhée assez abondante, puis la constipation remplaça la diarrhée et la malade mourut le

huitième jour. Dans le cas de Voron, une évacuation alvine abondante précède la constipation de plusieurs jours. Dans l'observation que nous rapportons, la diarrhée fit bien son apparition, mais n'a pas constitué le phénomène initial. Contre la constipation, on fit donner un lavement qui amena des selles diarrhéiques et, depuis ce moment, la diarrhée persista. Comment expliquer cette diarrhée au cours de l'occlusion ? On a dit que les garde-robes qui survenaient chez des malades atteintes d'occlusion, à la suite d'un purgatif ou d'un lavement huileux, étaient dues à la présence de matières fécales au-dessous de la lésion. La malade vidait son bout inférieur. La malade de Pollosson qui n'avait eu ni selles, ni gaz depuis quatre jours, prit un lavement d'huile puis un purgatif et elle eut une émission de gaz et de matières. Ceci est vrai quand on a affaire à une petite évacuation, mais quand on est en présence de selles alvines abondantes et surtout persistantes, il faut invoquer un autre mécanisme.

De suite, il vous vient à la pensée que l'intestin peut bien être le siège d'une réaction intense provoquée par la lésion elle-même. C'est probablement ce qui est arrivé chez madame Ch..., dont la diarrhée assez abondante et persistante ne pouvait être que la manifestation de l'irritation intestinale. C'est là l'opinion du professeur Budin. « Cette diarrhée, dit-il, serait due à l'irritation locale que provoque dans l'intestin la présence de matières stercorales dures ». Le professeur l'avait observé dans plusieurs cas de coprostase. Cette diarrhée n'est donc que la réaction

de l'intestin, sa lutte contre l'obstacle tant que l'occlusion n'est pas complète, se traduisant soit par une augmentation de ses fonctions sécrétoires, soit par une exagération de son péristaltisme, laquelle atténuerait la résorption des liquides qui, normalement, traversent le tube digestif et ainsi agirait dans le même sens pour la produire.

3° SYMPTÔMES LOCAUX OU PHYSIQUES. — Les symptômes physiques vont nous permettre de compléter le tableau clinique de l'affection. C'est du troisième au sixième mois que les signes acquièrent de la valeur.

A) *Inspection*. — L'inspection nous permet de constater le ballonnement du ventre généralisé ou limité ; le ventre est plus volumineux qu'il ne doit l'être à cette période de la grossesse ; c'est le signe de Laugier, on dirait une grossesse à terme. Ce météorisme est dû à l'arrêt des matières et des gaz et est un indice de l'occlusion. Le ventre se déforme irrégulièrement et cette déformation peut mettre sur la voie du diagnostic, du siège de la lésion. Dans l'occlusion intestinale gravidique, le météorisme paraît toujours plus accentué à cause de la présence de l'utérus gravidé. Cette forme de distention peut donc donner des présomptions sur le siège de la lésion. C'est ainsi que la malade de Gottschalk présentait sur son ventre deux sillons, l'un sus, l'autre sous-ombilical, délimitant une zone surdistendue. L'opération fit constater un développement exagéré de l'S iliaque qui était remonté dans la cavité abdominale à ce niveau. On peut aussi tenir compte du relief des anses intestinales sous la

paroi comme on l'observe chez la malade de Chantemesse. Mais ce météorisme n'apparaît pas tout à fait au début et pendant les premières heures, c'est plutôt une rétraction de la paroi abdominale que l'on observe par suite de la contraction des muscles en état de défense.

B) *Palpation*. — La palpation par suite devient presque impossible, aussi a-t-on été obligé de recourir souvent à l'examen sous le chloroforme. Puis quand la distension s'est produite, elle est parfois telle, qu'on ne peut arriver à délimiter l'utérus, et Baudera se demandait si on avait affaire à une gestation. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent, ordinairement la paroi abdominale reprend suffisamment de souplesse pour permettre de sentir, malgré la distention abdominale, un utérus gravide et à côté de lui une tuméfaction à limites vagues, siégeant près de l'utérus et réveillant des douleurs à la pression, soit une anse distendue par les fèces, soit une tumeur annexielle. Au neuvième mois de la grossesse, le diagnostic de l'occlusion devient plus difficile, l'utérus formant une masse tellement volumineuse, qu'on ne peut explorer la région hypogastrique.

Dans l'observation du professeur Fabre, l'examen de l'abdomen montre un utérus a terme notablement développé et la palpation du côté gauche est impossible dans une zone correspondant à la fosse iliaque. On y perçoit cependant aucune tumeur. On constate la distension progressive. Les anses intestinales qui envahissent toute la face latérale gauche de l'utérus ; le diagnostic en est parfois difficile.

c) *Toucher*. — Il faudra toujours songer à faire le toucher vaginal et le toucher rectal qui nous permettront d'apprécier l'état du col, des culs-de-sac ; le toucher bi-manuel nous aidera à délimiter l'utérus gravide. Et si, par hasard, nous reconnaissons qu'il existe un utérus gravide retrofléchi ou mieux rétroversé et incarcerated, comprimant le rectum sur la concavité sacrée, nous sentirons l'organe dans cette position vicieuse et nous pourrons facilement remédier à l'occlusion en supprimant l'obstacle.

4° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Parfois on est obligé, vu la difficulté du diagnostic, de se fonder sur l'état général. Les symptômes généraux sont tantôt très intenses, faisant prévoir une fin prochaine, tantôt ils apparaissent progressivement et affectent une marche insidieuse. « On hésite d'intervenir, dit Lemer cier, il semble que rien ne presse ». Et il n'est cependant pas rare de voir la malade succomber à l'empoisonnement stercorémique. Le pouls est petit, fréquent, dépressible ; on l'a qualifié de pouls abdominal. Il oscille entre 110 et 140. Le faciès est grippé, le teint terreux, les yeux excavés, les narines pincées, les lèvres cyanosées. La voix s'éteint progressivement, la peau devient froide et se couvre de sueur visqueuse, le hoquet fait son apparition et tout indique une fin prochaine. La température était restée normale et au-dessous de la normale. La malade tombe dans une prostration complète. Dans aucune observation se trouve relaté le résultat de l'examen des urines, aussi ne sait-on rien sur leur modification comme qualité, ni comme quantité. Seul, Meyer signale une inconti-

nence d'urine d'une durée de quatre semaines suivie de rétention et paraissant débiter avec l'aggravation des symptômes.

II. FORME CHRONIQUE.

A côté de la forme aiguë, il existe une forme chronique qui se montre surtout dans les premiers mois de la grossesse, il s'agit dans ce cas plutôt d'une parésie intestinale caractérisée par une constipation opiniâtre et un mauvais état général. On retrouve dans cette forme les mêmes symptômes que dans la forme aiguë que nous venons de décrire, avec cette différence que leurs caractères sont moins intenses, leur évolution plus lente et que souvent une médication appropriée les fait cesser. Dans d'autres cas on voit succéder à ce processus lent le grand syndrome abdominal et la malade est emportée. Mais c'est bien la forme aiguë qui paraît la plus fréquente.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS

On peut voir survenir, au cours de l'occlusion intestinale pendant la gravidité, trois grandes complications, ce sont :

- A) L'expulsion prématurée du fœtus.
- B) La perforation intestinale.
- C) La péritonite sans perforation.

A) *Expulsion prématurée du fœtus.*

Vergez signale sur 28 cas d'occlusion, 11 fois la production de cet accident. Cette proportion montre combien est grande l'influence de l'occlusion sur la grossesse. Il peut se produire deux faits : suivant que l'expulsion s'est produite avant que l'on ne soit intervenu chirurgicalement et en ce cas, elle est dûe à l'occlusion, ou suivant qu'elle s'est effectuée pendant ou après l'intervention, dans ce cas, on doit la mettre sur le compte de cette dernière.

B) *Perforation intestinale.*

« C'est une complication, dit Daniel, qui est moins fréquente que la précédente. Elle est consécutive,

soit au sphacèle de l'anse intestinale étranglée (obs. de Corner, de Treub), soit aux tiraillements exercés sur l'intestin par une bride péritonéale, Daniel en a observé un cas. Cette perforation peut donner naissance à une péritonite généralisée ou localisée, qui compromet sérieusement l'efficacité de l'intervention chirurgicale. Dans la forme diffuse, le début est brusque, annoncé par une douleur violente, profonde, en un point de l'abdomen. Dans ce cas, le péritoine est inondé et infecté par les matières fécales. Dans d'autres cas, la péritonite généralisée se manifeste par une aggravation brusque de l'état général. Quel que soit son mode d'apparition, elle prend vite une allure suraigüe, rendant le diagnostic difficile et le pronostic sombre. Vergez cite comme type de péritonite généralisée par perforation, le cas de Corner : « L'iléon était réuni au cæcum par des adhérences courtes et des exsudats plastiques ; toute la masse intestinale baignait dans un liquide fibrineux et fécaloïde. L'ensemble des accidents avait évolué sous la forme de péritonite très aiguë et la mort survint le sixième jour. La forme circonscrite prend les allures de la péritonite aiguë. Au point de vue anatomo-pathologique, on la décrit sous le nom de péritonite adhésive, plastique. Son début se manifeste par une aggravation de l'état général. Le pouls devient mou, accéléré. C'est dans cette forme que l'intervention chirurgicale a le plus de chance de succès. On a observé la péritonite par perforation que 3 fois sur 28 cas, pendant la grossesse.

c) *Péritonite sans perforation.*

La péritonite sans perforation est une complication plus rare. Widal, Chantemesse et Legrey en ont observé un cas (occlusion et septicémie pendant la grossesse, 1893). Il s'agissait d'une malade qui était enceinte de 4 mois et présentait les signes de l'occlusion intestinale et de la péritonite. Elle avorte. Dans les débris extraits par curetage de la cavité utérine, on constate la présence du bactérium-coli commun. Ce bacille fut retrouvé après la mort, dans le pus d'abcès multiples, dans le péritoine, dans le sang. Il semble que l'infection doit suivre deux voies : ou bien elle envahit le péritoine par contiguïté, ou bien elle se sert de la voie sanguine. Vergez cite le cas de Leath où on ne constata pas de perforation : « A l'ouverture du péritoine il s'est échappé une petite quantité d'un liquide trouble. La surface de l'intestin grêle apparut rougeâtre et visqueuse au toucher. L'inflammation ne gagnait ni la face externe de l'utérus, ni les trompes. En somme pas de perforation et cependant péritonite ». Il faut alors admettre que les microbes ont cheminé par effraction à travers la musculature de l'intestin ou bien qu'ils ont suivi la voie circulatoire. Cette grave complication nous sera révélée par une aggravation de l'état général et de l'état du pouls qui deviendra petit, mou et accéléré, par une ascension de la courbe thermique, qui reste plutôt au-dessous de la normale dans les occlusions simples. L'infection par la voie sanguine semble bien être réalisée dans le

cas de M^{me} Ch..., où les anses intestinales agglomérées témoignaient d'un processus péritonitique. Le péritoine pariétal présentait également des traces d'inflammation localisée. Nulle part cependant on ne signale de perforation.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'occlusion pendant la grossesse est très délicat ; car nous savons qu'il existe au cours de cette dernière des phénomènes sympathiques qui viennent le compliquer en faisant croire à une véritable occlusion.

1° ACCIDENTS DE LA GROSSESSE.

A) *Constipation*. — La constipation n'est-elle pas un accident fréquent chez la femme enceinte et même sa fréquence est telle qu'on la considère comme un des symptômes ordinaires de la grossesse. Mais il ne faut pas oublier que beaucoup de femmes en dehors de la grossesse sont sujettes à la constipation. « Lorsqu'elle est opiniâtre, disent Tarnier et Budin, elle peut donner de l'anorexie, du ballonnement du ventre, des pesanteurs et des douleurs abdominales, mais tout ne tarde pas à rentrer dans l'ordre quand on évacue l'intestin par des purgatifs et des lavements ».

Vers la fin de la grossesse, on peut encore obser-

ver de la constipation, se traduisant toujours par des malaises de la céphalalgie, du ballonnement du ventre, d'envies d'aller à la garde-robe sans résultat. Ces cas de constipation due à la parésie intestinale ne sont pas rares, mais un traitement approprié ne tarde pas à en faire cesser les accidents, tandis que dans l'occlusion intestinale, le traitement est inefficace. C'est ainsi qu'on voit Gottschalk donner de l'huile d'olive à haute dose sans produire aucun effet. Même en doublant la dose, il n'obtient qu'une garde-robe insuffisante. Bar, au troisième jour des accidents, fait faire de grandes irrigations intestinales sans succès.

Braun va jusqu'à donner à sa malade six lavements ; au dernier il se produit une garde-robe presque nulle. Withe introduit dans l'intestin par un tube flexible différentes drogues : huile de ricin, huile d'olive, térébentine, etc., qui ne ramènent le huitième jour qu'une scybale très dure. L'arrêt des matières et surtout des gaz est donc d'une haute importance pour le diagnostic.

B) *Vomissements incoercibles*. — Il est un autre accident, moins fréquent il est vrai, qui peut encore éveiller l'idée d'occlusion. D'après Demelin, l'occlusion intestinale serait difficile à reconnaître chez une femme enceinte à cause des vomissements incoercibles. Mais outre que c'est un accident peu fréquent, il reste isolé et on n'observe point comme dans l'occlusion le signe de Besnier, c'est-à-dire la douleur localisée, ni le ballonnement du ventre, signe de

grande valeur vers le troisième mois. L'ensemble de ces symptômes fera conclure à l'occlusion. On ne s'est trompé que pour la malade de Gottschalk, enceinte de quatre mois, qui n'avait pas été à la garde-robe depuis six jours et qui présentait une anorexie avec des nausées que l'on mit tout d'abord sur le compte de la grossesse.

2° TRAVAIL.

On peut penser encore à un début de travail. C'est la première idée qui se présente à l'esprit quand une femme enceinte souffre du ventre. L'erreur a été commise plus d'une fois. Gottscheld crût à un commencement de travail chez une femme enceinte de huit mois. Il introduisit une bougie pour accélérer la dilatation et la femme accoucha vingt-quatre heures après un enfant vivant. On nota une légère amélioration, mais de courte durée : la malade mourut sept jours après, et l'autopsie montra qu'il existait un étranglement interne. Notre malade, M^{me} Ch., avait également eu des douleurs analogues à celles d'un début de travail et à la suite d'un lavement administré par la sage-femme, ces douleurs avaient pris le caractère de véritables épreintes avec envie de pousser si bien, que l'on crut à une terminaison très proche de l'accouchement.

Ces fausses douleurs étaient certainement dues à des épreintes intestinales, car elles s'accompagnaient par instants de selles diarrhéiques, puis le même jour, à 11 heures du soir, des vomissements alimentaires,

puis bilieux, faisaient leur apparition et le ventre devenait douloureux : autant de symptômes qui venaient confirmer l'occlusion. Mais il n'y avait encore aucun progrès de dilatation du col et c'est là un signe caractéristique qui sert à différencier l'état pathologique de l'acte physiologique.

Constantin Daniel, dans son travail sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité dit : « Que l'absence de douleurs intermittentes apparaissant à des intervalles réguliers au moment d'une contraction utérine et surtout l'absence de modification du col permettront d'éliminer cette cause ».

Mais il peut arriver que la femme soit près du terme et qu'on ait déjà perçu des contractions utérines, que le col soit en voie d'effacement, le diagnostic est alors rempli de difficultés. Les vomissements n'auront qu'une valeur relative, car on pourra les confondre avec les vomissements incoercibles de la grossesse. Seule, l'absence d'expulsion de gaz et de matières par l'anus aura de la valeur, ce sera le grand symptôme qu'il faudra toujours rechercher.

3° AFFECTIONS DIVERSES.

L'occlusion intestinale peut encore être confondue avec d'autres affections où les mêmes symptômes peuvent se retrouver, mais avec des caractères un peu différents : il s'agit alors du diagnostic différentiel. « Chaque fois, dit Pinard, que chez la femme enceinte on se trouve en présence de phénomènes d'obstruction, il faut penser à autre chose et notam-

ment à une grossesse extra-utérine ou à une appendicite ». Gauchery prétend cependant que le diagnostic a été fait 34 fois sur 48 cas, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas. Sur les 44 qui restent, on a porté dit-il, 3 fois le diagnostic de péritonite (cas de Champetier de Ribes, de Daniel, de Demelin, de Morestin), une fois le diagnostic de péritonite aiguë avec obstruction probable (cas de Porak). Ces erreurs commises nous montrent combien est difficile le diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale.

A) *Affections douloureuses quelconques.* — On peut en effet croire à une affection douloureuse quelconque du ventre. On a la même brusquerie dans le début, les mêmes coliques abdominales, mais à localisation un peu différente, ce sont des coliques hépatiques, néphrétiques, salpingiennes. Leur évolution clinique spéciale à chacune d'elle, leur amélioration progressive, les antécédents nous mettront sur la voie du diagnostic.

B) *Péritonite aiguë.* — « La péritonite aiguë, dit Duplay, présente dans bien des cas les symptômes de l'occlusion et le diagnostic ne repose que sur des nuances ». Et Mégrat, dans les Annales de Gynécologie d'octobre 1883, dit à son tour : « Nous savons aussi que la péritonite elle-même, quelle qu'en soit la nature, peut donner lieu par paralysie de la tunique musculieuse, par production rapide de gaz, par compression directe d'une inertie intestinale complète avec phénomènes d'étranglement. » Ailleurs, il ajoute encore : « Si la péritonite aiguë de la femme enceinte

était fréquente, le diagnostic trouverait dans ce caractère un point d'appui de quelque solidité, mais il n'en est rien. » Dans la péritonite, les antécédents nous révèlent une inflammation antérieure du péritoine, la douleur est rapidement généralisée à tout l'abdomen et est exquise à la question, le météorisme est égal des deux côtés du ventre, la constipation n'est pas absolue, il y a issue de gaz. Souvent même, la constipation est remplacée par de la diarrhée. Les vomissements sont bilieux. On note dès le début des accidents, un frisson assez net, un pouls qui devient petit et rapide, et, signe important, une température qui s'élève toujours. Dans l'occlusion, au contraire, la douleur reste localisée assez longtemps, le ventre est moins sensible, mais son ballonnement est considérable. La constipation est absolue. Les vomissements sont plutôt fécaloïdes. On n'a pas le frisson de la péritonite et le pouls met plus de temps pour s'altérer. Le thermomètre indique soit de l'hypothermie soit une température normale. Pour Mégrat, l'élément qui aurait le plus de valeur serait la température, car dans tous les cas de péritonite survenue pendant la grossesse, en dehors de l'occlusion, la température a toujours été supérieure à 37°,5. Dans la plupart des observations que nous relatons, dans lesquelles la péritonite n'a pas été observée par l'examen direct, il y a eu hypothermie. Enfin M. Jeanne, de Rouen, dans la *Semaine médicale* de 1901, a insisté sur un signe facile à constater et qui permet de faire le diagnostic différentiel entre l'occlusion intestinale et la péritonite ; c'est la sensibilité que l'on trouve au tou-

cher, dans les cas de péritonite au niveau des culs-de-sac recto-utérins ou vésico-utérins. Mais on a pu observer l'association de la péritonite à l'occlusion et dans ce cas, le diagnostic est encore plus difficile.

c) *Appendicite*. — L'appendicite est une affection relativement fréquente au cours de la grossesse. Pinard insiste sur la nécessité d'y penser ; il en a signalé 45 cas au cours de la grossesse en 1898. Nous retrouvons dans l'appendicite une grande partie du tableau clinique de l'occlusion : d'abord la douleur généralisée, puis le ballonnement du ventre, la constipation, les vomissements bilieux et porracés, une température à 37°,2, un pouls à 120, et un facies grippé. Toutefois il y a quelques nuances ; il y a déjà eu généralement des crises antérieures, puis le début en est brusque et se manifeste par une vive douleur dans la fosse ilaque droite, irradiée au creux épigastrique et s'accompagnant d'un état nauséeux. La constipation est moins tenace, la douleur est réveillée par la pression ; au niveau de l'appendice un empâtement ou une tumeur dans la fosse ilaque droite peuvent être sentis par le palper. Il faut tenir compte encore de l'élévation de la température, et du défaut de parallélisme entre le pouls et la température. « Le défaut de parallélisme entre le pouls et la température, le facies grippé, le ventre ballonné, la douleur au point d'élection sont, comme le fait remarquer Pinard, autant de signes qui conduisent au diagnostic.

b) *Etranglement herniaire*. — L'étranglement her-

niaire paraît une complication rare au cours de la grossesse, rare surtout chez la femme enceinte de plus de cinq mois, l'utérus venant se placer, comme le fait remarquer Demelin, au-devant des orifices herniaires, et s'opposant ainsi au passage des viscères. Cette complication a été bien étudiée par Léopold Meyer, qui en cite 3 cas dans son travail, dont 2 se rapportent à des hernies ombilicales. Rien ne ressemble plus aux symptômes de l'occlusion que ceux de la hernie étranglée. Il faudra, pour établir le diagnostic, rechercher l'existence d'une tumeur au siège habituel des orifices herniaires, ou constater si la pression en ces points détermine une douleur vive, spontanée. Comme le fait remarquer Meyer : « Une surcharge de tissus adipeux peut faire méconnaître une hernie et donner l'idée d'une occlusion intestinale. » La malade de Meyer était, en effet, très grasse, ce qui paraissait cacher la hernie. Elle avait éprouvé des coliques vagues, intermittentes, un endolorissement de tout l'abdomen irradié le long de la face interne de la cuisse gauche qui pouvaient encore faire croire à une occlusion.

E) *Grossesse extra-utérine*. — Les grossesses extra-utérines peuvent par les accidents péritonéaux qu'elles provoquent ou par leur rupture, présenter le tableau clinique de l'occlusion intestinale. Richelot, Lepage, Wegener, Béhier en ont rapporté des observations. Le cas de Lepage est cité par Daniel : « On était, dit-il, en présence de symptômes de péritonisme simulant l'occlusion intestinale, à tel point

que ce diagnostic avait été accepté, alors qu'on avait pensé au début à une rupture de kyste fœtal, mais sans s'y arrêter. Pendant l'opération on trouva, en effet, une grossesse extra-utérine : l'œuf était contenu dans le ligament large ; la brusquerie des accidents était due à l'épanchement sanguin dans le kyste fœtal. »

Dans les deux affections, occlusion et grossesse utérine, on trouve la même soudaineté dans le début, la même douleur abdominale, la même hypothermie, les mêmes signes à la palpation, quelquefois des vomissements. Mais la rupture d'une grossesse extra-utérine s'accompagne d'un état syncopal qui lui est tout particulier. Puis on pensera que l'occlusion n'est pas un accident des premiers mois. D'après Gauthier, Wegener, l'occlusion peut parfaitement compliquer l'épanchement.

F) *Pseudo-occlusions*. — Au cours de la grossesse on rencontre assez fréquemment des accidents de parésie intestinale simulant l'occlusion, surtout chez les arthritiques nerveuses. Le syndrome péritonéo-abdominal reparaît analogue à celui qui existe dans l'occlusion, mais avec cette différence qu'il n'y a pas de vomissements fécaloïdes, qu'il y a de l'irrégularité dans les fonctions intestinales, marquée par des périodes de constipation de plusieurs jours. De plus, la parésie intestinale finit presque toujours par céder à un traitement approprié. Daniel en cite quatre cas. Gauchery en signale deux autres de Perret et un autre de Porak et Hatz. Le plus souvent il est diffi-

cile de se prononcer, si bien que l'on est intervenu chirurgicalement, deux fois dans quatre cas, croyant avoir affaire à une occlusion mécanique.

En résumé, le diagnostic exige une analyse minutieuse de tous les symptômes que l'on découvre chez la malade. Et il faut savoir distinguer dans le syndrome péritonéo-abdominal qui existe dans un grand nombre d'affections, les caractères particuliers à celle dont nous devons établir le diagnostic.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

« Le pronostic de l'occlusion intestinale est plus sérieux, dit Daniel, pendant la grossesse que pendant les suites de couches ». C'est une affection grave qui peut compromettre la vie de la mère et celle de l'enfant.

1° *Du côté de la mère.*

Lemercier, dans la *Gazette des hôpitaux*, a trouvé une mortalité de 57 % d'après les observations qu'il a relevées, Vergez déclare que sur 23 cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse, 17 fois on a vu une terminaison fatale, et que, en mettant à part les cas où l'accouchement a été provoqué (obs. de Meyer, Abramson, de Tarnowsky, de Klaner), l'occlusion a déterminé 10 fois sur 20 soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré. L'avortement aggrave singulièrement le pronostic par les pertes de sang qu'il entraîne. Quelle est l'influence de l'expulsion spontanée du fœtus sur la vie de la mère ? 6 fois sur 10, disent les auteurs, la mère succombe à l'expulsion spontanée du fœtus.

On a trouvé cependant, dans un assez grand nombre

d'observations, une amélioration sensible, mais bien passagère. « L'accouchement, écrit Meyer, a une action réelle sur les symptômes, mais n'atténue en rien la gravité de la lésion. En sommes, 4 mères sur 10 ont survécu à l'expulsion spontanée du fœtus.

Chez madame Ch..., l'accouchement qui du reste s'est fait à terme, n'a pour ainsi dire apporter aucune amélioration. Les symptômes d'occlusion, après s'être un peu atténués, ont repris ensuite leur même caractère de gravité. La note du 16 dit que l'état de la malade s'est peu amélioré, il n'y a aucun vomissement, le ventre est encore distendu. La mensuration donne cependant une diminution de 3 centimètres environ. Un lavement a ramené quelques matières diarrhéiques. Le 18, les phénomènes d'obstruction persistant, on pratique l'intervention.

2° Du côté de l'enfant.

Du côté de l'enfant, le pronostic est peut-être un peu moins sombre quoique revêtant toujours certains caractères de gravité. Sur 23 enfant, 12 sont nés avant terme, et 6 fois la mort de la mère a entraîné celle de l'enfant : c'est la statistique de Vergez. D'après Daniel, la mortalité infantile est presque de 50 %. En somme, la mort du fœtus peut être entraînée par celle de la mère (cas de Chantemesse, de Corner, de Carthy, de Bandéra, de Boissard), ou bien elle est la conséquence de l'accouchement prématuré (Craig, Braun) également grave pour la mère et pour l'enfant. Ou bien enfin, c'est l'avortement suivi de la

mort de la mère (Laygrier, Turner, Heath), ou de la guérison (Voron, Témoin, White).

Le pronostic de l'occlusion intestinale est donc grave surtout pour la mère ; mais il devient moins sombre pour la mère et surtout pour l'enfant, si l'on pratique l'intervention.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

I. Occlusion par coudure de l'angle colique gauche.

Dans l'occlusion par coudure, la thérapeutique se modifiera suivant la forme que l'on aura à traiter.

1° *Dans les formes légères* ou dans les occlusions incomplètes, il faudra recourir uniquement au traitement médical. On donnera de grands lavements huileux qui feraient disparaître les accidents en amenant une débâcle. On fera suivre à sa malade un régime et on lui conseillera de se présenter régulièrement à la garde-robe pour éviter le retour des crises. Comme ces malades sont presque tous des ptosiques, on leur fera porter une ceinture de Glénard aussi large que possible pour maintenir les organes dans leur position normale. MM. Bérard et Patel améliorèrent l'état de leur malade par l'emploi de cette ceinture.

2° *Traitement chirurgical.* — Mais si en dépit de ce traitement, les accidents persistent, si l'occlusion semble avoir une allure aiguë, il faut alors pratiquer une laparotomie. On tiendra une conduite en rapport

avec la nature des lésions. Dès que l'on verra que le côlon transverse est dilaté et que l'S iliaque et le côlon descendant sont aplatis, en explorera l'angle colique gauche. Se trouve-t-on en présence de brides multiples, on pourra facilement les faire disparaître par une section soigneuse, en évitant les déchirures. Dans les cas où on ne trouve ni brides ni épaississement des parois, il faut penser à un obstacle dû à une coudure de l'angle gauche et se rendre compte de la forme et de l'état de ce ligament suspenseur. Il serait dangereux de sectionner ce ligament, on risquerait de produire des déchirures et le résultat ne donnerait aucune satisfaction. Seule l'entéro-anastomose latérale ainsi que l'a pratiqué M. Terrier en réunissant le côlon transverse au côlon descendant, est capable de supprimer les accidents.

On peut avoir affaire, au contraire, à un sujet dont l'état général ne permet pas une longue opération ou bien se trouver en présence d'un côlon transverse attiré fortement dans la fosse iliaque, comme dans le cas de MM. Bérard et Patel. Ces derniers ont pensé qu'en remontant l'intestin à sa place, il rétablirait facilement la circulation des matières. C'est dans ce but qu'ils ont pratiqué une colopexie du côlon transverse en regard de la terminaison de la huitième côte. Comme le lendemain la circulation intestinale n'était pas rétablie, ils ont dû pratiquer une ponction destinée à évacuer les gaz. Les résultats excellents qui suivirent cette intervention nous permettent de conclure que la colopexie est le meilleur traitement préventif de ces accidents. Pour MM. Bérard et Patel,

la colopexie « remplaçait la portion absente du ligament phréno-colique, elle atténuerait le coude gauche et le placerait dans des conditions très favorables à la circulation des matières intestinales ».

II. Occlusion intestinale en général au cours de la grossesse.

La difficulté de faire un diagnostic certain de l'occlusion au cours de la grossesse, la variété des causes qui peuvent lui donner naissance, et surtout les formes multiples sous lesquelles elle se présente, expliquent pourquoi le traitement a été l'objet de pas mal de discussions, jusqu'à ce qu'on en soit arrivé à admettre comme traitement le plus rationnel, l'intervention chirurgicale. Mais auparavant, on prend toujours des mesures palliatives, qui dans certains cas, ont réussi, et ce n'est que devant l'impuissance des moyens médicaux que l'on se décide à intervenir.

1° TRAITEMENT OBSTÉTRICAL.

On a parlé de l'action heureuse que pourrait exercer l'accouchement provoqué sur l'occlusion. C'est Bandera qui l'a proposé comme moyen de traitement : « dans les cas analogues dit cet auteur la vie de la femme pourrait être sauvée par la désoccupation de l'utérus ; le moyen à employer consistera soit dans la ponction des membranes, soit dans l'emploi des autres armes que la chirurgie met en notre pouvoir. » Mais si cette intervention a pu réussir dans certains cas où

l'utérus grévde comprimait l'intestin, il n'en n'est pas moins vrai que toutes les fois que l'accoucheur a tenté de déterminer les phénomènes du travail, les suites de l'expulsion spontanée ont été désastreuses pour la mère. Vergez cite 3 observations où l'opérateur a eu des insuccès en déterminant les phénomènes du travail. En présence d'un pareil résultat, nous croyons qu'il faut s'abstenir d'un traitement aussi dangereux dans l'occlusion. Gauchery relate les observations de Tarnoswky, de Bandera, de Meyer d'Abramson, de Hauer, de Bar, où tous les malades ont succombé, dans un seul cas, et encore c'est pendant le travail et non au cours de la grossesse, on posa l'écarteur Tarnier pour hâter le travail, et les symptômes d'occlusion cessèrent immédiatement ; une grande quantité de gaz très fétides furent expulsés par la malade, et un lavement glycérimé évacua complètement l'intestin, il s'agissait de compression de l'intestin par l'utérus grévde.

2. TRAITEMENT MÉDICAL

Le vrai traitement de l'occlusion au cours de la purpuralité diffère peu en somme de celui de l'occlusion en dehors de cet état. Comme dans l'occlusion ordinaire, il faut d'abord s'adresser au traitement médical, essayer des moyens palliatifs quelle soit la gravité des accidents. Car à cause de la difficulté du diagnostic qu'il est difficile de faire au début des accidents, on ne sait jamais à quel genre d'occlusion on a affaire. On se demande si l'on est en présence

d'une occlusion purement mécanique ou si elle est le fait d'une lésion intestinale.

En général, quand l'apparition de l'affection se fait lentement, quand les symptômes ont une allure peu bruyante, quand l'état général reste bon, les vomissements étant peu abondants et le ventre peu ballonné presque indolore, il ne faut pas hésiter à recourir aux moyens palliatifs, qui plus d'une fois ont amené la guérison. Leur grande indication est précisément dans les cas où l'on soupçonne une pseudo-occlusion par parésie intestinale, comme dans les 2 faits racontés par M. Lepage à la société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie 1901. Nous ne croyons pas qu'il faille s'attarder aux purgatifs dont on ne peut attendre dans l'occlusion vraie que des résultats désastreux.

La plupart des auteurs anglais qui ont fait l'emploi et dont nous citons les observations n'en n'ont retiré que de médiocres résultats ; seule la malade de Buddidge semble en avoir retiré un avantage. C'est aussi l'avis de M. Pinard qui prétend que « chaque fois qu'au cours d'une grossesse se montrent des symptômes d'obstruction, il faut penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine ou d'une appendicite et proscrire l'usage des purgatifs ». On sait en effet les dangers auxquels on s'expose en donnant des purgatifs dans ces inflammations abdominales.

Mais si les purgatifs sont parfois dangereux, il est tout un ensemble de moyens médicaux qui, bien appliqués, sont appelés à rendre les plus grands services ; ce sont les bains chauds qui calmeront la

douleur, activeront la circulation générale. Ce sont les lavements électriques. Gauchery cite une observation de Monod où il était difficile de déterminer la part qui revenait à la compression utérine d'un côté et à l'état du tube digestif de l'autre. Or l'électrification eut un résultat très heureux, car la guérison fut obtenue sans autre intervention.

Le lavage de l'estomac peut rendre également des services, il peut faire disparaître les vomissements et surtout débarrasser l'intestin d'un certain nombre de matières toxiques. L'entéroclyse ou les grandes irrigations chaudes de l'intestin peuvent quelquefois être utiles en évacuant une certaine quantité de matières, ou en déplaçant la masse fécale, ce qui se traduit cliniquement par une émission de gaz par l'anus : Ce qui est déjà un acheminement vers la guérison. Tous ces moyens auront pour effet de rétablir la circulation des matières d'intestin dans tous les cas où nous auront à lutter contre une compression purement mécanique ou bien dans la pseudo-occlusion par parésie intestinale. il nous faudra user avec prudence de ces moyens et exercer une surveillance attentive sur la malade, car s'ils amènent une amélioration passagères et trompeuse ils peuvent déterminer une aggravation rapide de l'état général et nécessiter immédiatement une intervention chirurgicale.

A côté de ces petits moyens médicaux, il est tout un traitement qu'il ne faut jamais négliger et que l'on désigne sous le nom de traitement symptomatique. Il consiste à améliorer par les moyens qui sont

à notre disposition tous les symptômes alarmants de l'occlusion et par là même à lutter contre l'affaiblissement de l'état général qui progressivement peut conduire la malade au collapsus. C'est contre la douleur qu'il faut agir en premier lieu, car c'est elle qui détermine le plus rapidement l'épuisement nerveux. La médication du choix serait celle de Moutard-Martin, qui consiste à donner 0 gr. 01 d'extrait d'opium toutes les heures. On peut, si on préfère employer la morphine, mais il faut laisser de côté, dit Traversa, la belladone.

Il faut chercher à diminuer le météorisme en appliquant des vessies de glace sur le ventre de la malade et pour calmer les vomissements, on donnera de la glace à l'intérieur. Enfin on donnera des lavements chauds.

Curshaum, Frentzel et Fühbringer ont préconisé la ponction capillaire comme donnant d'excellents résultats. Or on ne trouve qu'un cas de guérison rapide par l'emploi de ce procédé ; c'est Carthy qui en fait mention. De plus, c'est une intervention dangereuse (Verneuil) qui peut être la source d'une infection péritonéale. « Tout au plus serait-on autorisé, dit Vergez, à pratiquer la ponction capillaire dans un cas désespéré, alors que la gravité de l'état général contre-indique l'intervention chirurgicale. Il est évident que le traitement médical a quelques inconvénients, car en supprimant la douleur, en diminuant le météorisme, il masque facilement l'allure véritable de l'occlusion qui va s'aggravant sans que le clinicien n'y prenne garde et expose à voir les lésions s'aggraver

et l'opération devenir trop tardive. Cependant, en se mettant en garde contre cette amélioration trompeuse, en tenant compte des effets que peut produire le traitement médical, il est indispensable de soutenir l'état général, qui seul peut indiquer ou contre-indiquer l'intervention chirurgicale. Car il ne faut pas se le dissimuler, à part les quelques cas de pseudo-occlusion de quelque nature qu'elle soit, que les moyens palliatifs peuvent guérir toutes les fois que l'on a affaire à des obstructions par étranglement ou à de véritables lésions intestinales, on ne doit avoir aucune hésitation possible, le seul traitement rationnel possible est l'intervention chirurgicale. Mais cette intervention ne sera possible que si on a su conserver les forces de la malade pour la supporter.

3° TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Nous avons déjà vu que par le toucher, on pouvait arriver à diagnostiquer certaines occlusions qui sont dues à la compression du rectum par l'utérus gravide rétrofléchi. Dans ce cas, il suffira de redresser l'utérus, et l'organe en bonne position, on verra disparaître les accidents. Mais dans la majorité des cas relevant d'une autre origine, il faudra intervenir chirurgicalement. On doit, suivant le conseil de Verneuil « opérer d'urgence les affections qui mettent immédiatement en danger la vie de la mère et contre lesquelles la thérapeutique serait insuffisante. » M. Pinard admet que « pendant la grossesse il faut faire une laparotomie, comme pour une occlusion ordinaire,

sans tenir compte de la gravidité. » Gauchery prétend que la tolérance de l'utérus gravide dans ses rapports avec le traumatisme, est un fait hors de doute, même le traumatisme accidentel ou chirurgical qui agit sur la zone génitale, n'a bien souvent aucune influence sur l'évolution de la grossesse.

A) *Indications.* — Le chirurgien peut être hésitant avant d'intervenir en présence d'une femme enceinte; ainsi Verneuil pensait que la gravité de l'opération était subordonnée à l'intensité de la fièvre traumatique. Polaillon était d'avis qu'il ne fallait tenir compte que de la quantité de sang perdu et de l'âge de la grossesse. En somme, on ne savait pas bien à quel et dans quelles conditions il fallait intervenir. Les indications de l'intervention ne sont pas toujours faciles à préciser. On se basera sur l'état général, on examinera le facies, on recherchera les troubles fonctionnels, douleurs, constipation, surtout l'absence de gaz et les vomissements alimentaires, bilieux, puis fécaloïdes, deux symptômes qui constituent des signes de certitude. On tiendra compte du pouls et du degré de résistance de la malade. Il ne faut jamais s'exposer à un retard préjudiciable à elle-même, et l'intervention offrira d'autant plus de chance de succès qu'elle aura été conduite plus rapidement. La troisième indication essentielle, c'est donc de ne pas attendre que les lésions deviennent irrémédiables, que l'affection prenne une allure aiguë, de façon à permettre au chirurgien d'aller au siège de l'occlusion et de lever l'obstacle qui s'oppose au passage des matières stercorales. Il en est de l'occlusion comme

de l'appendicite dont Poirier disait « qu'il vaut mieux opérer au risque innocent de se tromper que de laisser une occlusion évoluer et conduire fatalement la malade à la mort. » Ce sont en général les indications de l'occlusion non puerpérale; par suite on ne devra tenir aucun compte de la gravidité.

B) *Conduite opératoire.* — Une fois qu'on est décidé à intervenir, on doit suivre les mêmes principes que s'il s'agissait d'une occlusion non puerpérale. On commence par faire une laparotomie médiane sous-ombilicale, qui deviendra sus-ombilicale si c'est nécessaire, afin d'explorer tout l'abdomen. On pratique ensuite une éviscération partielle ou totale des anses intestinales. Dès que lon a trouvé l'obstacle, on le traite suivant sa nature : détorsion de volvulus, section des brides, réduction de l'anse étranglée. « Il faut, dit Pinard, quelles que soient les apparences aller jusqu'au bout. » Il arrive, comme dans le cas de Richelot, qu'après avoir recherché en vain l'obstacle et dévidé l'intestin sur une certaine longueur, que la circulation intestinale se rétablit de proche en proche. Les anses mobiles, flasques et décolorées, deviennent turgides et rosées, se remplissent de gaz et de matières : on a la preuve certaine que l'obstacle est vaincu. On doit toujours rechercher comme dans les occlusions ordinaires, l'épanchement de sérosité hémattique dans le péritoine ou signe de Gangolphe ; c'est un indice très précieux. On l'a constaté plus d'une fois au cours de l'intervention. Par suite, il faut à tout prix rechercher l'agent de l'étranglement, quand,

après incision de l'abdomen, on constate un épanchement plus ou moins abondant dans le péritoine.

Mais au cours de l'opération, on peut voir survenir des obstacles qui gênent l'opérateur et l'empêche d'aller au but. C'est lorsque l'utérus gravide à cause de son développement ne permet pas de trouver la lésion. En pareil cas, il ne faut pas s'obstiner, mais on doit pratiquer l'anus contre nature. C'est encore à cette intervention qu'il faudra recourir, lorsque l'état général laissera à désirer, lorsqu'on craindra qu'une perte de sang soit préjudiciable à la malade. Une opération aussi longue qu'une résection sera donc remise à plus tard et on ne fera que parer aux accidents présents par une intervention hâtive.

On a pensé obvier à cet inconvénient en proposant l'évacuation du contenu de l'organe gastateur. Gauthery cite le cas de Watkins où on fut forcé de faire une césarienne pour se donner du jour et traiter plus commodément les lésions annexielles et intestinales. Noble préconise l'hystérectomie abdominale totale ou supra-vaginale; comme premier temps de l'opération, pour arriver plus facilement à la découverte de l'obstacle. Mais ces méthodes sont trop rigoureuses et nous croyons qu'il est préférable, lorsque malgré une recherche minutieuse on n'arrive pas à trouver l'obstacle, de pratiquer sans tarder l'anus contre nature. Plus tard, quand l'accouchement se sera effectué, que la malade sera mieux à même de supporter l'opération alors on pourra intervenir d'une façon plus efficace et dans de meilleures conditions pour supprimer l'obstacle. Quand on se trouva dans l'obligation d'inter-

venir à cause de la persistance et de la gravité des signes de l'occlusion, on ne trouva après la laparotomie d'obstacle à aucun endroit de l'intestin. Seulement on vit que le côlon était anormalement distendu et venait faire saillie dans les lèvres de la plaie.

Le côlon ascendant, le cæcum, tout l'intestin grêle participait à cette distension, tandis qu'au contraire, tout l'S iliaque était affaissé. On supposa avec raison que l'obstacle devait siéger au niveau de l'angle gauche du côlon, bien qu'on ne trouva aucune bride, aucune adhérence. Dans le doute on fit une incision nouvelle dans la fosse iliaque gauche et on pratiqua un anus contre nature sur la partie moyenne du côlon transverse. Ici encore il faut agir comme dans l'occlusion en dehors de la gravidité, quand on se trouve en présence d'une lésion trop avancée, l'anús est indiqué et doit être pratiqué au niveau d'une anse dilatée, autant que possible au-dessus et le plus près de la portion intestinale supposée lésée. L'autopsie de madame Ch., effectuée quelques jours après, montra le côlon du côté de l'angle gauche nettement diminué de volume et plaqué contre la paroi, sans qu'il soit possible de déceler aucune bride qui puisse exprimer cette disposition.

c) *Résultat de la laparotomie.* — Il nous reste maintenant à envisager les conséquences de la laparotomie. On a fait une critique à l'opération, on a objecté que lorsqu'il s'agira de réséquer une anse d'intestin grêle, dans le cas de gangrène, il pourra se faire que la suture intestinale cède au moment des contractions du travail, et alors les pires conséquences

peuvent s'en suivre. Or Lemer cier, dans son récent article sur l'occlusion pendant la grossesse, dit avoir parcouru des observations relatives à ce fait et n'avoir jamais constaté aucun tiraillement pendant le travail.

Tous les auteurs s'accordent au contraire à reconnaître les excellents résultats de l'opération pratiquée à temps. Il est vrai que Vergez sur 6 femmes atteintes d'occlusion intestinale (obs. de Pye-Smith, de Meyer, de Klaner, de Lotheisen, de Gottschalk), vit se produire deux fois la guérison.

Le résultat semble plutôt peu encourageant. Mais il faut ajouter que les malades de Pye-Smith, de Klauer, de Gottschalk étaient déjà mourantes quand on fit la laparotomie. Au contraire, les deux malades qui avaient survécu se trouvaient dans toutes les conditions favorables au succès. Gauchery donne une statistique tout à fait rassurante : « La mortalité de la mère, dit-il, a été évaluée à 53 % des cas opérés et à 76 % des cas non opérés, la mortalité infantile à 38 % dans les premiers et à 66 % dans les seconds.

En résumé, toutes les fois que l'on se trouve dans de bonnes conditions, c'est-à-dire que la malade présente un état général satisfaisant et que des complications inattendues ne viennent pas à se produire au cours de l'opération, on peut attendre les meilleurs résultats de l'intervention et l'opérateur aura d'autant plus de chances de succès qu'il sera intervenu au moment opportun.

« Pour se faire une idée précise des résultats obtenus, dit Vergez, il suffit de se rappeler que depuis

les faits de Spencer, Wells, de Barnes, de Guenriot, de Verneuil, on ne compte plus les cas où une intervention chirurgicale a débarrassé une femme enceinte de lésions très graves ; nous devons surtout tenir grand compte de ce fait, que par la laparotomie, l'appendicite, cette autre complication de la grossesse, d'histoire très récente, et qui présente avec l'occlusion bien des points communs, que l'appendicite, disons-nous, dépitée, décrite par des cliniciens éminents et traitée suivant ces indications, est devenue un accident d'une gravité très atténuée ».

C'est aussi l'opinion de Constantin Daniel qui prétend : « que grâce au traitement chirurgical, l'occlusion intestinale pourra prendre place à côté de l'appendicite, cette autre complication de la grossesse et comme cette dernière, elle deviendra un accident d'une gravité moindre au cours de la perpuéralité ».

OBSERVATIONS

1. *Occlusion intestinale au cours de la grossesse.* (Observation du D^r Gonnet).

M^{me} X..., âgée de 26 ans, primipare se présente chez nous au troisième mois de sa grossesse. Bonne santé antérieure. Les dernières règles datent de fin juillet 1908. On ne constate rien d'anormal jusqu'au 25 octobre 1908. A cette date, sans raison aucune, elle est prise brusquement de vives douleurs abdominales à prédominance dans la fosse iliaque droite avec ballonnement, arrêt du gaz et des matières pendant trois jours, vomissements, mais toutefois pas d'écoulement sanguin vulvaire, pas de signes d'hémorragie interne.

Tous les traitements médicaux ordinaires ayant échoué, la malade, qui habitait à une vingtaine de kilomètres de Dijon, y est transportée en voiture pour être examinée et opérée.

Pendant le trajet une débâcle spontanée se produit. L'amélioration est rapide et la malade se remet bien complètement de ses phénomènes d'occlusion, gardant toutefois une douleur iliaque droite assez vive, surtout à propos des mouvements. L'intestin fonctionne normalement et si ce n'était cette douleur, la malade se croirait en parfait état. Nous l'avons vue pour la première fois le 2 février 1909. Etat général excellent, fonctions intestinales parfaites, pas d'albumine dans les urines, rien au cœur ni aux poumons.

Abdomen, foie, rein, rien d'anormal. L'utérus est à gauche de la ligne médiane. Hauteur utérine verticale 21 cent.; grossesse de six mois environ.

A droite de l'utérus bien distincte de lui est une tumeur fluctuante régulière, lisse de 14 cent. de hauteur sur 18 cent. de largeur. Elle est sensible plutôt que douloureuse au palper.

Toucher vaginal : rien d'anormal. Le 23 février, la hauteur intérieure est de 27 cent., la tumeur voisine a regressé 11 cent. de hauteur sur 14 cent. de largeur, elle est très peu douloureuse au palper.

Les deux derniers mois de la grossesse se sont passés sans incident. La tumeur est refoulée de plus en plus dans la fosse iliaque en arrière de l'utérus qu'elle ne paraît pas gêner dans son extension.

Le 7 mai : accouchement. Forceps à dilatation complète. Enfant vivant 3.200 grammes.

Le 20 juin : suites simples et apyrétiques. La tumeur abdominale persiste du volume d'une orange arrondie, fluctuante, régulière.

En somme kyste ovarien droit ayant provoqué à trois mois de grossesse des phénomènes d'occlusion intestinaux disparus spontanément.

2. Occlusion intestinale du 6^e mois de la grossesse suivie d'accouchement prématuré d'abcès. Guérison

(By Burbidge White (in *Clinical Records*, 1096).

M^{me} H..., 36 ans, mère de huit enfants, se plaignait de douleurs vagues dans la région de la fosse iliaque droite, qui avaient apparu trois mois auparavant, et de malaises presque quotidiens.

Au commencement de novembre constipation et météorisme de l'abdomen. Aucun des nombreux médicaments que la malade s'administra ne vint à bout de ces accidents.

A égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit, existait une tuméfaction considérable. La main, cherchant à établir une comparaison avec

l'autre côté, était gênée par une tumeur donnant la sensation d'un utérus gravide. En déprimant fortement la paroi abdominale, on était arrêté par une tumeur résistante de trois pouces de long située dans la région du cæcum et du côlon ascendant et qui était le siège de vives douleurs spontanées.

La constipation était constante depuis plusieurs jours. Aucun gaz n'était sorti par l'anus. Les éructations étaient nombreuses. Le hoquet avait fait son apparition quelques instants avant l'examen. Les orbites étaient excavées; le regard anxieux, les traits tirés.

L'huile de ricin fut incapable d'évacuer l'intestin et le laudanum de calmer les douleurs. Après usage infructueux des laxatifs, on leur substitua des stimulants et les aliments liquides, car les forces diminuaient et le pouls était rapide.

La température était tantôt normale, tantôt au-dessous de la normale.

Un liniment sédatif fut appliqué sur le siège de la douleur.

Le lendemain l'amélioration était manifeste. La malade pourtant était tourmentée par la soif. Les mouvements du fœtus étaient à peine sentis. Il fut poussé dans le vagin une injection dans la position génu-pectorale.

Huit jours après la tumeur cæcale s'était déplacée vers la gauche, ce qui fit supposer que les matières accumulées dans le cæcum avaient progressé dans le côlon transverse.

Un lavement contenant de l'eau de savon, de l'huile d'olive et de la térébentine amena l'expulsion d'une cybale très dure et de débris de muqueuse.

Neuvième jour. Pendant la nuit un événement aussi fâcheux qu'inattendu vint compliquer la situation, la malade presque sans signe précurseur expulsa un enfant mort.

Le premier, le lendemain, et le troisième jour après la délivrance, la constipation céda en partie aux purgatifs.

Le quatrième jour, une aggravation subite fut annoncée par une ascension thermique de 102 F., la malade eut des frissons, des douleurs dans la région de l'aîne du côté droit, de la

diarrhée. En même temps apparaissait une tuméfaction au siège même de la douleur.

Le septième jour la fluctuation était évidente. Une incision permit l'écoulement de douze onces de pus. Un drain fut placé à demeure ; la malade guérit.

On peut se demander si cet abcès spontané n'a pas joué le rôle utile des abcès de fixation de Fochier.

3. *Accident d'occlusion intestinale au 5^e mois de la grossesse.*

Intervention. Guérison.

Témoin Schwartz (Société de Chirurgie, 1898,
in *Semaine Médicale*, 1908).

Femme de 32 ans, enceinte de cinq mois, présente des accidents d'occlusion. Ces accidents dataient de plusieurs jours quand l'intervention fut décidée.

Celle-ci consista en une laparotomie. En déroulant l'intestin grêle, une anse fut trouvée fixée derrière l'utérus par des adhérences péritonitiques développées aux dépens des ligaments larges.

La destruction de ces adhérences fut suivie d'un rétablissement du cours des gaz et des matières dans la nuit qui suivit l'intervention.

4. *Obstruction intestinale aiguë compliquant une grossesse.*

(Corner in *Lancet*, 1888, p. 675).

Malade âgée de 27 ans, mariée et enceinte depuis quatre mois, pendant lesquels elle a souffert d'indispositions légères et de nausées.

Le 20 novembre, après un copieux repas, elle fut assaillie par des douleurs abdominales atroces et de pénibles vomissements.

Elle eut plusieurs selles très faciles.

Rien d'anormal à l'examen du ventre ; l'utérus était bien un utérus de quatre mois.

Les jours suivants la diarrhée fit place à la constipation.

Le 26 novembre, on donna du chloroforme et l'examen fut pratiqué avec soin. On ne perçut rien d'anormal. Le 27, mort.

Autopsie : L'iléon était étroitement appliqué contre le cæcum sur une hauteur de cinq pouces. En ce point existaient des adhérences étroites et résistantes. Le péritoine contenait une grande quantité de matières fécales.

5. OBSERVATION.

(Carthy, in *Lancet*, 1888).

Une femme enceinte d'environ cinq mois reçut les soins de ce médecin. Des nausées que rien n'expliquait et la diarrhées attirèrent d'abord son attention.

Survinrent des douleurs abdominales excessives avec flatulence. La constipation remplaça la diarrhée.

La température était normale. Le poulx était petit et incomptable.

Les phénomènes abdominaux ne répondaient pas à la postration de cette femme. La mort arriva après une semaine de souffrance.

L'autopsie seule permit de faire le diagnostic d'occlusion intestinale. Les matières fécales étaient arrêtées au niveau du cæcum et, en ce point, il fut trouvé des traces de brides d'origine inflammatoire. L'intestin examiné avec soin ne portait aucune trace d'inflammation.

6. OBSERVATION.

(Carthy, in *Lancet*, 1888).

Multipare sans antécédents, en état de santé parfaite, fut prise de coliques atroces avec ballonnement du ventre. La douleur était répartie dans tout l'abdomen. Les anses intestinales étaient senties dans les flancs sous forme de tumeurs allongées dans lesquelles on provoquait du gargouillement.

La tension de l'intestin paraissait être la source de la douleur. Il fut pratiqué une ponction qui amena une sédation immédiate. La malade guérit. La grossesse suivit son cours.

7. OBSERVATION.

(Pye-Smith, in *Lancet*, 1888).

A quatre mois et demi de sa grossesse, une femme de 30 ans, atteinte depuis plusieurs jours de constipation opiniâtre, éprouva subitement des douleurs insupportables dans l'abdomen. En même temps, elle rejeta par la bouche les aliments de son dernier repas.

Les jours suivants la constipation persistait malgré les lavements, laxatifs et les purgatifs à l'huile de ricin.

L'état général s'aggrava rapidement. Les vomissements, d'abord alimentaires, devinrent muqueux, puis bilieux, enfin fécaloïdes. La peau était froide, la température au-dessous de la normale, le ventre distendu.

Le diagnostic ne fut pas hésitant, et dès qu'on s'aperçut de l'insuffisance du traitement médical, on décida une opération exploratrice pour rechercher la cause de l'occlusion.

La malade mourut.

8. OBSERVATION.

(Galatin, in *Lancet*, 1888.)

Une femme, au sixième mois de sa grossesse, souffrait d'une diarrhée rebelle qui l'avait plongée dans une faiblesse extrême; subitement la diarrhée disparut, et les signes d'occlusion intestinale firent leur apparition.

Quand la malade fut examinée, on posa le diagnostic rétrospectif de volvulus. Elle était près du collapsus; et l'intervention chirurgicale fut jugée inutile.

9. *Obstruction intestinale provenant de la constriction de l'S iliaque. Avortement. Septicémie.*

(Heat, in *The Medical Times and Gaz.*, London, 1880.)

Marguerite P..., 35 ans, s'est présentée à notre consultation le 8 août 1880, enceinte de six ou de sept mois. Plusieurs années avant, la malade avait eu un avortement. Dans son passé, il n'y avait trace ni d'inflammation péritonéale, ni de jaunisse ou colique hépatique, ni de calcul biliaire, ni de tumeur abdominale, ni de constipation prolongée, ni de présence de sang ou de pus dans les selles.

Le 2 août, et les deux jours suivants, la malade n'eut pas de selle; le ventre était distendu, flatulent, les éructations fréquentes, les borborygmes incessants, l'appétit nul.

Du 5 au 10 août, phénomènes d'intensité variable, consistant en nausées, vomissements, état fébrile, tension non douloureuse du ventre.

Le 11 août, douleur plus vive; la malade accouche le soir d'un enfant de 2 kilogrammes, qui meurt peu après sa naissance.

Du 12 au 16 août, continuation des vomissements et de la fièvre.

Le 17 août, douleur vive au grand gauche avec symptômes d'hydarthrose; persistance des vomissements. Mort le 19 au soir.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après le décès.

A l'ouverture du péritoine, il s'échappe une petite quantité de sérosité jaune trouble. La surface de l'intestin grêle est rougeâtre, visqueuse au toucher, le cæcum est distendu; la couche muqueuse de l'intestin est en voie d'ulcération. Le côlon contient des matières molles ressemblant à de l'argile. Le côlon ascendant n'est en contact avec le péritoine qu'en dessus de la crête iliaque; pas d'adhérence mésentérique. A partir de l'extrémité inférieure du rein gauche, le côlon descendant n'est plus entouré par le péritoine. L'S iliaque présente une dilatation énorme qui s'arrête brusquement à son union avec le rectum. Ce point est épaissi et a la consistance fibreuse.

L'utérus a le volume du poing; au niveau de l'insertion placentaire et du col on détache des masses noirâtres à consistance boueuse. L'inflammation ne gagnait pas la face externe de l'utérus ni les trompes.

L'articulation du genou contenait du pus.

10. *Obstruction intestinale. Hernie ombilicale.*
Guérison.

(M. Sydney Jones, St-Thomas's Hospital, in *Lancet*, 1882.)

M... (A.-S.), âgée de 26 ans, enceinte de six mois, mariée, présentait des symptômes; au cours de sa grossesse, elle avait été incommodée par une anorexie tenace et de fréquentes nausées.

Le 26 février, sur le soir, elle fut prise d'une abondante diarrhée et de vomissements. Elle vomissait toutes les dix minutes, rejetant immédiatement les liquides qu'elle introduisait dans son estomac.

Le 27 février, la diarrhée cesse le matin.

Depuis ce moment jusqu'au 2 mars, jour de son admission à St-Thomas's Hospital, elle ne rendit par l'anus ni gaz ni matière d'aucune sorte. Pourtant, pendant ces quatre jours, elle avait absorbé de fortes doses d'huile de ricin. Les nausées et les vomissements si souvent répétés lui occasionnaient de vives douleurs. Les matières vomies étaient noir foncé. Depuis la veille de son admission, elles avaient un goût désagréable.

Ses forces avaient considérablement diminué. Il faut dire aussi que depuis cinq mois la malade présentait une grosseur au niveau de l'ombilic, laquelle n'avait jamais été tout à fait réductible, mais n'avait jamais grossi et n'avait à aucun moment provoqué de douleur.

L'aspect robuste de cette femme contrastait avec sa faiblesse actuelle.

Température : 90° 6 F. Pouls faible.

La hernie qui déformait l'abdomen ne donnait aucun signe d'étranglement. La paroi abdominale était légèrement sensible et d'une façon égale sur tous les points. La base

de la tumeur herniaire offrait cette même sensibilité. A la partie inférieure de l'abdomen existait, profondément située, une tumeur qui produisait la sensation d'un utérus gravide, on y percevait les bruits du cœur fœtal. Le pouls maternel pris au poignet était de 120 puls., la langue sale et humide, la soif intense.

On administra une pilule d'opium de 1 once, dose que la malade devait prendre toutes les cinq heures ; les vomissements s'arrêtèrent aussitôt, et la malade put garder une petite quantité d'eau-de-vie et de lait.

Trois heures plus tard survint une évacuation intestinale diarrhéique d'une extrême abondance. La malade eut cinq selles la nuit.

Le 3 mars, le sommeil fut possible. L'état général s'améliora. Le pouls était plein. Pas de vomissement.

Le 4 mars, un vomissement verdâtre dans la soirée.

Le 6 mars, nous apprenons que la diarrhée avait repris depuis vingt-quatre heures. Pas de vomissement, mais une douleur vive à l'épigastre. La langue était humide et nettoyée. Pulsations : 86. Les forces étaient revenues.

Le 29 mars, la malade quitta l'hôpital n'ayant plus ni vomissement, ni diarrhée.

11. *Des difficultés que présente le diagnostic de l'étranglement intestinal pendant la grossesse.*

M. Bandera, in *Periodico de la Academia de Mexico*, 1887.)

La Sra M. A..., de Mexico, âgée de 29 ans, de tempérament lymphatique, de constitution physique normale, avait été soignée par nous d'une pleurésie purulente dont elle était guérie. Sur l'avis d'un autre médecin, elle avait calmé la douleur par les injections de morphine, et elle était devenue morphinomane. Elle fut envoyée à l'hôpital pour être débarrassée de cette intoxication.

Le 27 septembre, nous fûmes appelé près d'elle pour de violentes douleurs dans le ventre. Nous apprîmes la suppression de ses règles, sans pouvoir leur fixer une date précise.

La température était de 35°6. Rien ne pouvait expliquer la cause des douleurs. Le teint était jaune; la voie éteinte, le pouls misérable, la peau froide. Le ventre était distendu, non douloureux à la pression. On y sentait une tumeur dure, rénitente, arrivant à deux doigts au-dessus de l'ombilic. La paroi était dans un tel état de défense musculaire qu'on cherchait en vain l'utérus et qu'il fallait se demander si réellement on avait affaire à une gestation.

Le col de l'utérus était mou, entr'ouvert, laissant pénétrer la phalange de l'index.

La veille, cette femme avait senti les mouvements actifs du fœtus. L'auscultation faisait percevoir un souffle, mais pas de souffle fœtal.

Appareil digestif : Légères nausées; depuis l'apparition des douleurs la malade n'avait évacué qu'un lavement. Soupçon de fièvre paludéenne en forme algide. On fit, en conséquence, une injection de chlorhydrate de quinine, et l'on donna une potion à base d'alcool.

Le 28 septembre, à midi, nous constatâmes les mêmes symptômes avec ascension de l'utérus vers l'épigastre, qui simulait une grossesse de neuf mois. Les ligaments larges donnaient la sensation de deux cordes tendues. Ventre dur, résistant, douloureux au palper. Le col de l'utérus était plus élevé que la veille. Nous fîmes le diagnostic de fièvre pernicieuse.

Pendant la nuit, aggravation de l'état général sans que la température dépasse 37°5. Distension abdominale plus considérable. Vomissements bilieux, pas d'évacuation anale depuis la veille. Pouls filiforme, fréquent. Facies de mourante.

Laviska parla d'occlusion intestinale, dont la grossesse masquait la cause. Il proposa l'accouchement immédiat. Tout faisait supposer la mort du fœtus, dont on n'entendait plus les bruits du cœur. Nous appelâmes le Prof. Casmona, qui ne put venir.

Le 29 septembre, la malade succomba à 10 heures du soir.

Autopsie.

Après la section de la paroi abdominale, l'utérus vint

immédiatement faire hernie à l'extérieur; il était rouge violacé, laissant écouler un liquide séro-sanguinolent. Il était remonté vers l'épigastre; les ligaments larges étaient tendus, une masse intestinale croisait le ventre d'une fosse iliaque à l'autre; en l'examinant, nous vîmes qu'elle correspondait au côlon descendant et à une partie du transverse. En la soulevant, on voyait l'intestin grêle libre et sain. Remettant les organes à leur place, nous vîmes l'utérus au-dessus de la masse intestinale; l'anse distendue du gros intestin passait près du segment inférieur et du col. La partie supérieure de l'S iliaque était accolée au cæcum et uni à lui par des adhérences de nouvelle formation.

En suivant avec la main les parois de l'utérus, au-dessus du col, on sentait à ce niveau un resserrement formé par l'application étroite du gros intestin.

La matrice ouverte avait les dimensions d'un utérus de six mois. Le fœtus était mort et présentait les signes de l'asphyxie.

La cavité péritonéale ne portait pas de trace d'inflammation.

12. OBSERVATION.

(Prof. L. Meyer (*in Monatschrift für Geburts, n. Gyn.*)

Bd. IX, Heft. 2, p. 159).

Femme F..., âgée de 42 ans, VII-pare. La dernière grossesse datait de neuf ans. Le dernier accouchement et ses suites n'avaient présenté aucune particularité. La dernière menstruation était du milieu d'avril 1891. La grossesse suivait son cours, malgré un coup très violent qui avait porté sur le ventre durant l'été.

Le 20 décembre 1891, elle eut une selle naturelle le soir, suivie de coliques et de vomissements qui durèrent toute la nuit. La malade pensa à un commencement de travail et fit appeler la sage femme; la grossesse était de huit mois.

Le lendemain, le médecin de la famille crut trouver une position transversale et me fit appeler, après avoir pratiqué une injection de morphine; les douleurs cessèrent ainsi que les coliques.

La maladie ne me parut pas inquiétante. L'utérus était gros ; les bruits du cœur fœtal étaient forts et situés à gauche. La tête de l'enfant était repoussée à droite, l'orifice du col non dilaté.

J'ordonnai seulement de maintenir la malade sur le côté droit.

Deux jours plus tard, je fus appelé de nouveau ; la malade n'avait évacué par l'anús aucune matière fécale, ni aucun gaz, depuis le 20 au soir ; quelques vomissements bilieux et alimentaires ; la malade ne se plaignait pas d'une douleur localisée, mais bien de coliques vagues, intermittentes. Langue humide. Pouls 100.

Un laxatif administré fut rejeté par vomissement ; un lavement fut donné sans résultat.

Dans le courant de la nuit la situation s'aggrava, et le 24, au matin, la malade eut un vomissement fécaloïde ; elle était abattue ; la langue presque sèche, pouls 120, température normale.

La malade fut alors examinée avec soin sous le chloroforme à 3 heures de l'après midi. La situation paraissait la même que la veille avec en plus une sensation de plénitude du côté gauche.

Dans la nuit apparurent les douleurs du travail ; la tête était à demi engagée, le col entr'ouvert, le toucher anal fit sentir le rectum vide avec une muqueuse lisse. Comme la patiente était très grosse, il ne m'était pas permis d'éliminer tout à fait la possibilité d'une hernie étranglée. Je me décidai donc à pratiquer une incision comme pour la herniotomie, me réservant de prolonger l'incision, si je ne trouvais pas trace de hernie, de rechercher l'obstacle cause de l'obstruction, et au cas où je ne trouverais pas ce dernier, de pratiquer un anus contre nature.

Après avoir sectionné les parois surchargées de grâisse, je constatai que le canal inguinal et le canal crural étaient bien libres ; à la section du péritoine, s'écoula une grande quantité d'un liquide clair, jaunâtre, rappelant l'aspect de l'épanchement ascitique. En introduisant mon doigt, je sentis dans le ligament large gauche tout à côté de la face latérale de l'utérus une petite ouverture par laquelle s'insi-

nuait une anse intestinale. Ensuite je prolongeai l'incision en haut et à gauche, et je tirai à moi l'anse étranglée, ce qui ne présenta aucune difficulté. Sur la portion de l'intestin ainsi tirée, je vis un sillon. L'intestin ne paraissait pas malade.

Le ligament large présentait un orifice arrondi à bords taillés à pic, et qui laissait pénétrer l'extrémité de l'index.

J'élargis la déchirure avec les doigts. La plaie abdominale fut fermée.

Il ne se produisit pas de vomissement après le sommeil chloroformique, Mais la malade se plaignit de douleurs dans le ventre, douleurs qui devinrent de plus en plus vives, malgré les injections de morphine.

Deux heures plus tard, rupture de la poche des eaux, et après un quart d'heure, accouchement spontané d'une fille de 2.000 grammes (quatre semaines avant terme). Délivrance sans hémorragie.

Les vomissements cessèrent; les jours suivants furent marqués par l'émission de gaz et par deux garde-robes provoquées par un lavement huileux.

Le 28, garde-robe, suivie de vomissement et de douleurs de peu de durée. Suites assez simples; cicatrisation normale.

Le 15 septembre de l'année d'après, la malade accoucha de nouveau (garçon de 4.200 grammes); il ne fallut aucune intervention. La ligne cicatricielle de la paroi abdominale était lisse et à peine visible. Dans la suite la santé a été parfaite.

Réflexions : L. Meyer cite un cas analogue rapporté par Smith (section obst. *Royale revue de médecine*, Dublin) qui se produisit en dehors de la grossesse sous l'influence du développement d'un kyste dermoïde. « Dans ces deux cas, ajoute l'auteur, ce passage de l'intestin avait été favorisé par ce fait que le ligament large se trouvait tendu; cet excès de tension avait contribué à élargir le trou; dans mon observation l'accroissement de l'utérus gravide a déterminé cette tension. »

13. OBSERVATION.

(L. Meyer, *ibid.*).

M^{me} K. O..., 30 ans, I-pare, entrée à l'hôpital le 30 janvier 1895, au huitième mois de sa grossesse.

Antécédents : Depuis longtemps les digestions de cette malade étaient paresseuses ; alternatives de constipation et de diarrhée. Un mois avant son entrée, augmentation subite du ventre qui obligea M^{me} K. O... à garder le lit pendant une journée. Depuis un mois les selles sont dures et rares ; plusieurs laxatifs ont été administrés.

Durant les quinze derniers jours la tension du ventre a augmenté ; dans les derniers jours malaises, nausées et vomissements. Incontinence d'urine depuis quatre semaines.

Etat actuel : A son entrée à l'hôpital entre 4 et 5 heures de l'après-midi, un lavement détermine une garde-robe peu abondante ; la vessie contenait 2.100 cm. d'urine. La tête du fœtus était profondément engagée. Pas de symptôme de travail.

Des irrigations intestinales furent rejetées, légèrement colorées par les matières fécales.

Le lendemain, température normale : pouls 120. Urines normales. Vomissements acides, mais pas fécaloïdes. Le soir température 38°4.

Les jours suivants, 38°7. Pouls fréquent, langue humide. Vomissements fécaloïdes. Lavage de l'estomac, diminution des vomissements. Pas de selle. Pas d'émission de gaz par l'anus.

Dans la soirée, la malade entra dans le service d'accouchement. La tête était dans la deuxième position 01. Membranes rompues, orifice utérin complètement dilaté.

Le gros intestin était vide, et deux doigts purent être introduits jusqu'au-dessus de la tête du fœtus.

On fit une application de forceps. L'enfant en état de mort apparente, avant terme de huit à dix semaines, avait une longueur de 40 cent. et un poids de 1.750 grammes et mourut quelques instants après la naissance.

Immédiatement après la délivrance, on fit à la malade un

lavage de l'estomac, et on injecta une solution de morphine.

Peu d'heures plus tard, issue involontaire de matières fécales liquides.

Le lendemain, 1^{er} février, la malade fut transportée à la salle de chirurgie; évacuation encore involontaire d'excréments liquides mélangés de scybales; cela dura jusqu'au 7 février.

A ce moment cystite, paramétrite droite avec attitude normale de l'utérus. L'intestin était tellement paresseux qu'à partir du 17 février, la malade n'eut pas de garde-robe pendant cinq jours consécutifs, malgré les lavements et les purgatifs. Enfin, à la suite d'un purgatif énergique, selle abondante.

La malade quitte l'hôpital le 1^{er} avril.

Le 12 septembre 1908, nouvelle entrée à l'hôpital pour une autre grossesse. Nous apprîmes que sa santé s'était maintenue très satisfaisante, mais avec la gestation, la constipation avait réapparu, rebelle aux purgatifs répétés.

Le ventre était météorisé, l'utérus petit, le col à droite.

Comme la tête restait longtemps en transversal, une application de forceps acheva l'accouchement. Enfant vivant, avant terme de quatre à six semaines, 2.500 grammes, 48 cent.

Suites de couches normales. Régression de l'utérus. Intestins distendus par des gaz.

Réflexions de l'auteur : Il est probable que nous nous sommes trouvés en présence d'un cas de coprostase : ce qu'il y a de certain, c'est que sans l'apparition des vomissements fécaloïdes, on aurait attribué les accidents à une constipation opiniâtre.

Mais nous ne sommes pas autorisés à éliminer complètement l'hypothèse d'occlusion; car, rien ne prouve que la tête de l'enfant ou l'utérus n'aient pas exercé une compression directe sur l'intestin.

14. OBSERVATION.

(Meyer Abramson in *Hufeland's Journal des prakt.*

A. u. W., Bd 19, Hück 2, 1804).

Multipare de 47 ans, au neuvième mois de la grossesse.

Constipation croissante qui au début céda aux laxatifs, et qui devint ensuite rebelle à tous les traitements tels que lavements, purgatifs, frictions, saignées.

On pensa que l'utérus gravide comprimait l'intestin et, pour cette raison, on provoqua l'accouchement le septième jour des accidents. On obtint un enfant vivant et qui resta vivant.

La mère tomba dans les collapsus et mourut. Pas d'autopsie.

15 OBSERVATION.

W. F. A., Gottsched. (Ueber Heus bei Schwangeren, I naug. Diss. Königsberg, 1869).

Ce cas a été observé à la clinique de Hildebrandt, à Königsberg.

I-pare, avait été tourmentée de vomissements rebelles dans les premiers mois de la grossesse, le développement de l'utérus s'était produit de la façon ordinaire.

Le 20 mai, la malade dut exécuter un travail très pénible; elle ne ressentit rien d'anormal pendant cette journée, ni pendant la nuit suivante.

Le 21 mai, pendant la journée, survinrent des coliques très violentes, qui augmentèrent pendant la nuit, et étaient devenues intolérables le matin.

Le 22, contractions douloureuses de l'utérus; la malade fut amenée à la clinique, en état de collapsus, et malgré cette situation, accoucha d'un enfant vivant.

Le ventre était météorisé. Le collapsus alla en s'accroissant, pendant que disparaissait la douleur. Mort à 4 heures du soir.

Autopsie: Il existait une double torsion à la partie moyenne du côlon transverse. Au-dessus de l'obstacle dilatation énorme de l'intestin; affaissement en dessous; l'insufflation par l'une des extrémités du côlon fit pénétrer de l'air au bout opposé. Hyperhémie du tube intestinal, mais pas de trace de péritonite.

16. OBSERVATION.

Gottschek (ibid.)

Multipare, 39 ans. L'accouchement antérieur avait nécessité une intervention obstétricale.

Dernière menstruation au commencement de juillet 1864.

Depuis cette époque, constipation opiniâtre.

Le 5 février, entrée à la clinique, face abattue, traits tirés, regard exprimant la souffrance; au-dessus de l'ombilic, on sentait deux anses intestinales distendues transversalement. Pas de hernie.

Le même jour, la malade sentit quelques douleurs de travail. Introduction d'une bougie pour accélérer la dilatation.

Vingt-quatre heures après l'entrée, les douleurs étaient devenues plus violentes; rupture de la poche des eaux, suivie immédiatement de la naissance d'un enfant vivant. Quelques heures plus tard l'amélioration était manifeste, mais elle fut de courte durée.

Le lendemain, vomissements violents.

Le 8 février, vomissements fécaloïdes. Le soir, furent rejetés par l'anus deux bouchons volumineux de matières fécales.

Depuis ce moment, la maladie s'aggrava progressivement. Mort le septième jour après le début des accidents.

Nous avons omis de dire que le jour de l'entrée de la malade nous introduisîmes une sonde par l'anus jusqu'au-dessus du promontoire; il nous semble qu'en ce point existait un rétrécissement. On donne du calomel et plusieurs autres purgatifs.

Autopsie. Le grand épiploon était adhérent à droite à la face antérieure de l'utérus; sur la ligne médiane, partant du fond de l'utérus, une bride fibreuse s'étendait jusqu'à la partie inférieure droite du grand épiploon; cette bride formait, un peu au-dessus du promontoire, un anneau étroit dans lequel s'était insinuée une anse d'intestin grêle.

17. OBSERVATION.

Tarnowsky, in *Wojenno Medizinsky Journ.*, 1877 (russ.
Kef. in *Centralbl. f. Gynakol.* 1878, p. 270.)

II-pare, 20 ans, au cinquième mois de la grossesse. Quatre ans avant, péritonite. Depuis le troisième mois, douleurs dans le ventre. Depuis deux semaines, constipation et vomissements fécaloïdes.

Pouls : 140. Somnolence. Pas de symptômes de travail.

On provoqua l'avortement. Pas d'amélioration. Mort le sixième jour.

Autopsie. On constata dans le péritoine, et particulièrement dans le grand épiploon, l'existence d'anciennes adhérences; par l'une d'elles, qui s'étendait jusqu'au mésentère, était enserrée une anse intestinale.

Il fut difficile à l'autopsie de trouver une explication suffisante des symptômes. Une laparotomie n'eut pas apporté plus de lumière.

18. OBSERVATION.

Craig, in *Obstetric Journal of great Britain and Ireland*
Vol. VI, 1878 p. 713, 14.) ·

Primipare, 24 ans, au terme de la grossesse.

Le 6 août 1878, elle fut prise tout d'un coup de coliques et de vomissements. La morphine et d'autres médicaments calmants n'empêchèrent pas l'aggravation.

Le 7 août, on s'aperçut que le gros intestin était rempli de matières fécales; un lavement fut administré. Les vomissements persistèrent, et la malade tomba dans le colapsus.

Le 8 août, accouchement spontané d'un fœtus mort depuis plusieurs jours; cinq minutes après la délivrance, mort de la mère.

Autopsie. On mit à découvert une bride en forme d'anneau, dans laquelle était engagée une anse de l'intestin

grêle. Le côlon ascendant et une partie de l'intestin grêle étaient recouverts d'adhérences anciennes.

Heiller, qui assista l'auteur de cette observation, ajoute que le siège de l'occlusion était profondément situé dans le ventre.

19. OBSERVATION.

Braun, in *Wienn. med. Wochenschrift*, 1885, n° 24, *Pief. Centralb. f. Gyn.*, 1855, page 635, und. bei *Gottschalk* (vide 15, 6 all), page 375.

IX-pare, 34 ans, neuvième mois.

Cette femme se plaignait de constipation et de coliques. Pas de selle depuis huit jours. Les trois derniers jours, les coliques avaient redoublé en même temps qu'étaient survenues des nausées sans vomissements.

Le jour de l'admission, il fallait six lavements pour amener une garde-robe. Le soir, attaque d'éclampsie. Cette dernière complication nous décida à ne pas pratiquer la laparotomie; nous avons fait le diagnostic de sténose intestinale. Les symptômes devenaient de plus en plus alarmants, mais il n'y avait pas de vomissements fécaloïdes.

Le deuxième jour, accouchement spontané d'un enfant à terme mort. Le troisième jour, mort de la mère dans le collapsus absolu.

Autopsie. Volvulus de l'S iliaque et péritonite secondaire.

20. OBSERVATION.

Treub, in *Nederl. v. Verlosk*, Bd., 3, n° 3. *Kef. Centralbl., f. Gyn.*, 1892, p. 375, und bei *Gottschalk* (vide 15. Fall), p. 377).

Femme au septième mois de la grossesse; arriva mourante à l'hôpital avec les symptômes de la péritonite aiguë. Depuis trente-six heures, vomissements.

L'utérus était en rétroflexion et incarcéré; on en pratiqua le redressement. Mort deux heures après.

Autopsie. Côlon gangrené. Péritonite secondaire.

21. OBSERVATION.

Klauer, in *Charité-Annalen*, 21, Jahrgang, Berlin, 1896, pages 572, 73.

(Service de Gusserow, à Berliner, Charité.)

IV-pare, 23 ans, neuvième mois.

La malade avait subi une laparotomie pour une tumeur abdominale en 1890. Pendant les jours qui précédèrent l'admission, vomissements persistants. La veille, à l'entrée, un lavement provoqua une garde-robe.

Quand elle se présenta au service, le 22 août 1894, la patiente était dans un état de profonde faiblesse. Pouls : 120, température normale. Vomissements nombreux répandant une odeur de matières fécales.

La cicatrice abdominale de la laparotomie était entr'ouverte ; entre les bords de cette cicatrice passait une masse donnant la sensation de l'épiploon. Dans cette hernie elle-même, on sentait une bride dure qui paraissait se proloager au-dessus de l'ombilic ; on reconnaissait encore une anse intestinale très dilatée.

Les symptômes étaient tellement menaçants que l'accouchement provoqué fut décidé. Enfant à terme et vivant.

Amélioration. Le pouls était, plein et moins fréquent ; mais aucune évacuation par l'anus, malgré les lavages de l'intestin et le purgatif huileux.

Vingt heures après la délivrance, nouveaux vomissements, on pratiqua la laparotomie. On constata la présence d'adhérences nombreuses entre la paroi abdominale et l'intestin d'un côté, et entre les anses intestinales elles-mêmes d'un autre côté.

Sur plusieurs points, l'intestin était pincé ; on déchira les adhérences.

Mort de la malade cinq heures après l'intervention.

A l'autopsie, on trouva les traces d'une péritonite au début.

22. OBSERVATION.

Lotheisen, in *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1894, pages 911, et 1895, pages 358-383.

(Clinique de Gussenbauer, à Vienne.)

Femme de 44 ans, sujette à la constipation depuis deux ans ; cette constipation s'accroît. Les trois dernières semaines, pas de garde-robe. On constate, en haut, derrière le rectum, la présence d'une tumeur du volume du poing.

Le 17 juillet 1894, cette malade entre à la clinique. Aucun résultat par les laxatifs et les lavements ; quelques gaz seulement survinrent des vomissements qui nous firent prendre le parti de pratiquer un anus contre nature.

Le côlon fut suturé à la paroi abdominale afin de l'ouvrir plus tard. A ce moment, on sentit dans l'utérus une tumeur d'assez grande dimension probablement fibromateuse. Comme le poulx était filiforme, nous jugeâmes inutile de l'enlever.

Les vomissements persistèrent, et deux jours plus tard, nous résolûmes d'enlever la tumeur au moyen d'une laparotomie.

Cette prétendue tumeur de l'utérus se trouva être un fœtus.

L'ovaire gauche était envahi par une tumeur du volume du poing et située derrière l'S iliaque ; on extirpa cette tumeur de même que l'ovaire du côté opposé que présentait une dégénérescence kystique. On enleva les fils qui fixaient le côlon à la paroi abdominale.

Quelques instants après l'opération, le malade eut une selle. L'examen de l'ovaire gauche fit reconnaître que cet organe était fibromateux et, de plus, présentait un kyste dermoïde.

23. OBSERVATION.

Gottschalk, in *Archiv. für Gynecologie*, 1894, Baud, 26, pages 258-383.

Multipare, 39 ans, quatrième mois de la grossesse. Depuis

plusieurs années, cette femme était sujette à la constipation.

Au moment où elle fut présentée à Gottschalk, elle n'avait rien évacué par l'anus depuis six jours. Une forte dose d'huile de ricin provoqua une selle de peu d'abondance. Le ventre était météorisé; le collapsus complet, en un mot la mort était proche.

L'utérus était en rétroversion, mais pas incarcerated.

On pratiqua la laparotomie; un volvulus de l'S iliaque était la cause des accidents; on en pratiqua la détorsion, mais les matières fécales ne peuvent passer par le point rétréci, aussi on essaya la colotomie. Immédiatement, issue de matières fécales diluées et abondantes.

Après l'opération survinrent les douleurs de l'enfantement. La malade avorta onze heures après l'intervention et mourut.

24. OBSERVATION.

E. Meyer, in *Monatschrift für Geb. et Gyn.*, 1899
(Bd. IX. Heft 2, p. 161).

M. H..., primipare, 29 ans, neuvième mois de la grossesse, entre à l'hôpital de Copenhague le 4 septembre 1897. Cinq semaines avant, vomissements bilieux et douleurs abdominales s'étendant de la symphyse pubienne à l'appendice xiphoïde. Ces symptômes furent de courte durée. Pourtant, il fut recommandé à la malade de garder le lit. Pendant les cinq semaines qui s'écoulèrent jusqu'à son entrée à l'hôpital, la malade eut une santé satisfaisante.

Le 4 septembre, réapparition des vomissements; ceux-ci se répétaient le jour et la nuit, ils étaient verdâtres et déterminaient des contractions douloureuses de tous les muscles du tronc.

Suppression des selles.

La constitution de la malade était robuste; les forces n'étaient pas affaiblies. Pouls : 76. Utérus d'une femme près du terme. Injection de morphine (0,01). Le calme fut immédiat, les symptômes perdirent leur gravité. Un lavement d'huile de ricin ne provoqua aucune évacuation.

Pendant toute la journée, même situation avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; la malade put dormir.

Le 5 septembre, amélioration évidente. La malade prit, sans les vomir, du lait, du thé et quelques aliments.

Le 6 septembre, à 11 heures du matin, accouchement spontané d'un enfant de 3.200 grammes. Diminution de la douleur. Quelques vomissements bilieux.

Le 7 septembre, trente-six heures après la délivrance, redoublement des douleurs et des vomissements. En déprimant la paroi abdominale, on percevait une tuméfaction profonde à limites peu précises. Pouls : 64, faible.

Le 8 septembre, dans l'après-midi, aggravation de l'état général; les douleurs arrachèrent des cris à la malade, les vomissements ne laissaient pas dix minutes de répit.

La laparotomie fut décidée.

En ouvrant la cavité abdominale, le cæcum, gonflé, s'avance vers la main de l'opérateur. Pas de trace de péritonite. Malgré le prolongement de l'incision vers l'appendice xiphoïde, il fut impossible de s'orienter et de trouver la cause de l'étranglement. On pratiqua un anus contre nature.

Autopsie. Le lendemain, l'examen du cadavre montra que le mésentère était atteint de malformation; en suivant le mésentère depuis le coude jéjuno-duodénal, on constata que plus bas et à une courte distance, il se séparait de la colonne vertébrale, de telle sorte qu'il formait, au-dessus de cette dernière, un arc complet dans lequel était enserré le colon transverse. Dans les autres points, le mésentère ne présentait aucune particularité.

25. *Kyste ovarique à pédicule tordu : occlusion intestinale*
(Morestin).

Jeune femme de 20 ans, enceinte de quatre mois, opérée à la maison Dubois, par M. Morestin. Cette femme fut prise tout à coup de très violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, avec fièvre, ballonnement léger du ventre et congestion absolue. On pensa à une appendicite, hypothèse confirmée par la présence d'un empâtement dans la fosse

iliaque droite, et d'une douleur exquise à la pression au point de Mac Burney.

M. Morestin fit une incision dans la fosse iliaque droite, parallèle à l'arcade fémorale, et tomba sur un petit kyste de l'ovaire droit, à pédicule tordu. Le cæcum était aplati, ressemblant à une loque et l'iléon était comprimé entre le psoas iliaque et la paroi du bassin par le kyste. Il y avait un hématome dans la paroi du hyste, et un autre dans le péritoine. La trompe était remplie de sang, et le sang avait fusé dans le péritoine par l'ostium tubaire.

Evacuation du hyste avec l'appareil de Morestin ; le liquide qu'il contenait ressemblait à du malaga. Première selle, le jour même de l'opération ; fausse couche le deuxième jour. Le placenta contenait des foyers hémorragiques, contemporains de la torsion du kyste et le fœtus était mort et macéré. La température étant de 39°.5, on pensa que la cause était d'origine utérine.

Injection intra-utérine d'eau oxygénée, drainage utérin. La fièvre persistant, on s'aperçut qu'elle était due à une parotidite double, prédominant à gauche, accompagnée d'un écoulement muco-purulent par le canal de Sténon, et qui se termine par une résolution. Réunion de la plaie abdominale par première intention. Guérison complète de la malade.

26. *Occlusion intestinale par bride péritonéale. Laparotomie. Éviscération partielle. Guérison (Voron).*

G. B..., 34 ans, demeurant à Lyon, n'a jamais fait de maladie grave dans son enfance. Réglée à 15 ans, assez régulièrement, mariée à 23, elle a eu six accouchements à terme, trois enfants sont vivants et bien portants, les autres sont morts d'affections indéterminées. Pas d'antécédents tuberculeux.

Le 7 octobre 1897, avortement à deux mois, à la suite duquel la malade a un peu de fièvre et quelques douleurs abdominales. Au bout de quelques jours, elle reprend ses occupations ; de temps à autre, après les efforts, les fatigues un peu prolongées, le ventre se météorise, devient douloureux ; la constipation est habituelle.

Dans la nuit du jeudi au vendredi 28 décembre, et sans autres processus, la malade est réveillée par de violentes coliques avec vomissements alimentaires ; elle a en même temps une évacuation alvine abondante.

Le lendemain, cet état s'aggrave, les vomissements se rapprochent, les douleurs augmentent, sans cependant se préciser en aucun point de l'abdomen ; enfin les selles et les gaz sont complètement supprimés.

Le dimanche 2 janvier, la malade est amenée à l'hôpital. Les symptômes fonctionnels énoncés plus haut sont restés tels. Le ventre est un peu ballonné, presque plat, non douloureux à la pression, le facies pâle, les traits tirés, mais le pouls assez bon et fort. Pas de dyspnée, pas de température.

M. Jaboulay fait le diagnostic d'occlusion intestinale siégeant sur l'intestin grêle et due probablement à une bride péritonéale consécutive elle-même à une pelvi-péritonite, et décide une intervention immédiate.

Une laparotomie est immédiatement pratiquée et une éviscération partielle des anses grêles dilatées, sur une longueur de un mètre environ. On découvre alors une bande fibreuse qui comprimait fortement l'intestin grêle au niveau du petit bassin ; un sillon profond avec érosion de la couche péritonéale marquait le point stésiéturé.

L'opération avait duré de six à sept minutes et l'intestin n'était pas resté en dehors plus d'une minute. Le soir même, les douleurs et les vomissements avaient cessé. Le lendemain, émission abondante de gaz et six heures après première selle.

27. *Épithéliome du rectum. Tumeur kystique maligne de l'ovaire. Mort d'obstruction intestinale au 4^e mois de la grossesse* (Maygrier).

C..., Marie, 41 ans, rentre à la Maternité le 20 décembre 1879, service de M. Tarnier. Elle a eu dix grossesses, la dernière en 1878. Grossesses normales, sauf la dernière, où elle se plaignait de constipation rebelle. Dernières règles du 22 au 25 août 1878. Vers la fin du mois septembre, elle a commencé à être malade ; d'abord, pendant une quinzaine

de jours elle eut deux ou trois vomissements alimentaires chaque jour, puis dès ce moment la constipation, dont elle avait tant souffert pendant sa dernière grossesse, s'est montrée de nouveau extrêmement opiniâtre et telle qu'aucun remède ne pouvait la vaincre. A partir de la fin d'octobre, elle était obligée de se lever trois ou quatre fois la nuit et s'épuisait en vains efforts pour expulser à peine quelques matières fécales durcies. Du jour où est apparue cette constipation, l'appétit s'est troublé et les forces ont diminué progressivement. Le 14 décembre, à la suite d'une constipation de sept jours, la malade prit un purgatif, elle eut des coliques extrêmement violentes et sentit une grande quantité de matières fétides s'écouler par le vagin. La malade vient consulter parce qu'elle perd ses matières par devant; elle est amaigrie, les téguments sont pâles : elle compte être enceinte de trois mois et demi. Le ventre est plus volumineux qu'il ne devrait l'être à cette époque de la grossesse, l'utérus remonte à 4 travers de doigt au-dessus du pubis; il y a en bas une vaste zone de matité, au-dessus du tympanisme. Au palper, on trouve des masses marronnées dans le flanc gauche et le côlon transverse, on les attribue à des scybales. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur assez volumineuse et une large fente à bords cailleux et irréguliers fait supposer qu'il s'agit d'un rétrécissement cancéreux du rectum ouvert dans le vagin.

Jusqu'au 1^{er} janvier, la malade a des alternatives de constipation et de débâcle par le vagin, tandis qu'il ne sort par l'orifice anal que quelques glaires blanchâtres ou jaunâtres, avec ténesme très pénible. Le 11 janvier surviennent des vomissements pour la première fois; ils sont verdâtres, se renouvellent trois fois dans la journée et continuent pendant la nuit; en même temps écoulement abondant de matières fécales liquides par le vagin. Le 12 janvier, la malade est apyrétique, elle se plaint de douleurs, les vomissements ont continué dans la matinée, ils sont devenus jaunâtres.

Continuation d'un état misérable, de vomissements, de selles passant par le vagin, cachexie progressive et mort.

A l'autopsie pratiquée le 16 janvier, anses intestinales très

distendues. Grosses tumeurs ovariennes dans les flancs. Rétrécissement cancéreux serré du rectum. Au-dessus de ce rétrécissement et au niveau de la lèvre postérieure du col, large ouverture entre le rectum et le vagin.

28. *Kyste dermoïque tordu ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë par adhérence, chez une femme enceinte.*

Opération. Guérison. (Mouchet, de Sens).

M. Mouchet présente un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire, à parois ossifiées et à pédicule tordu qu'il a opéré le mois dernier, chez une jeune femme enceinte de trois mois et demi.

L'intervention a été nécessitée d'urgence par des accidents menaçants d'occlusion intestinale aiguë. Cette occlusion était causée par des adhérences qui enserraient l'intestin. M. Mouchet enleva le kyste, libéra les adhérences et s'apercevant que l'utérus gravide était en rétroversion, il le réduisit. La guérison fut complète et rapide ; la grossesse suit son cours.

29. *Obstruction intestinale par rétroversion de l'utérus gravide.* (Chantemesse, Widal et Legry).

Femme enceinte de quatre mois. L'avant-veille de son admission à l'hôpital la malade a vomi son amer et depuis ce moment elle se plaint de douleurs vives siégeant sur les parties latérales de l'abdomen. Dans la nuit, les vomissements deviennent incessants et sont constitués par des matières verdâtres.

Le facies se grippe, les extrémités se cyanosent et se refroidissent.

Le ventre ballonné présente dans sa partie sus-ombilicale le relief d'anses intestinales distendues, les régions péri et sus-ombilicales sont sonores ; les flancs et l'hypogastre sont mats à la percussion et très douloureux à la pression. Le col est ramolli, entr'ouvert ; on constate que l'utérus gravide en rétroversion est venu se mettre en contact avec le

sacrum. Par le toucher rectal dans la position gènu-pectorale, on redresse l'utérus et aussitôt une grande quantité de gaz et de matières fécales liquides sont évacués. La température monte à 38°.

Une légère amélioration suivit la réduction de l'utérus, mais l'avortement eut lieu, trois jours après les accidents reparurent. Croyant à la septicémie puerpérale, on fit le curettage utérin dont les produits ensemencés donnèrent une culture pure de *bactérium coli* commune. La malade succombe, et à l'autopsie on trouva un abcès limité par des adhérences entre l'utérus et l'intestin, et on constata le colibacille dans l'utérus, le pus et le sang. Il s'agissait donc d'une péritonite pure par le colibacille qui avait pullulé grâce à l'obstruction du rectum par l'utérus rétroversé.

30. *Fibromatose généralisée de l'utérus avec grossesse de cinq mois. Mort par compression intestinale.* (Turner).

Richt..., âgée de 40 ans, est entrée le 13 mars 1899, à la maternité de l'hôpital Boucicaut. Elle est mariée depuis dix-sept ans et n'a jamais eu d'enfants. Sa santé habituelle est bonne.

Réglée à 12 ans, les menstrues étaient profuses et de longue durée : 8 à 18 jours en moyenne. En 1895, on trouve une masse utérine fibromateuse du volume d'une noix de coco. En 1898, les règles jusque là régulières, furent supprimées pendant deux mois, puis reparaissent abondantes, moins colorées, plus acqueuses.

La dernière menstruation date du mois d'octobre 1898 ; il y a quatre mois que M^{me} Rich... n'a pas vu ses règles. Puis peu à peu, des symptômes de grossesse se manifestèrent sous forme de troubles divers : appétit capricieux, nausées et vomissements sans efforts le matin de préférence une sialorrhée abondante.

Le ventre se développe rapidement sans devenir douloureux, ayant doublé de volume au 13 mars ; à l'examen, on constate que le ventre est développé comme une grossesse à terme. Par les signes physiques, on constate une masse pelvienne fibromateuse développée sur la paroi postérieure

de l'isthme utérin, qui a envahi entièrement le bassin et repoussé en haut le segment vaginal de l'utérus. Quant à l'utérus lui-même, impossible d'en prendre connaissance ni par le toucher, ni par le palper, noyé qu'il est au centre des masses fibromateuses qui émergent de ses parois et poussent leurs saillies volumineuses de tous côtés.

Le facies est pâle, jaune, amaigri, l'état général déprimé.

Pendant une quinzaine de jours, on a tenté de réconforter la malade, et loin de s'améliorer, l'état s'est empiré; dyspnée œdème, albuminurie, augmentation rapide du volume du ventre.

Passée dans le service de M. Gérard-Marchant, les 3 et 4 avril, elle est prise d'une perte de sang assez abondante et dans la nuit du 5 au 6, elle expulse un fœtus de 4 à 5 mois, aplati, laminé; le cordon se rompt spontanément. La placenta n'ayant pu être extrait, on fait une large irrigation intra-utérine et un tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade était très affaissée depuis son avortement.

Le 10 avril, la dyspnée augmente notablement ainsi que l'albuminurie. Le 11, des phénomènes d'obstruction intestinale apparaissent. Vomissements, pouls à 120, température normale. On fait des lavages de l'estomac, car on ne peut songer à une opération.

La malade succombe le lendemain; la température n'a jamais dépassé 37°,2, il n'y a jamais eu de fétidité de l'écoulement local.

Autopsie le 13 avril. Masse fibromateuse très irrégulière, mamelonnée, emplissant l'abdomen et pénétrant dans la cavité pelvienne. A gauche, on trouve vers la ligne innominée l'S iliaque fortement comprimée entre la paroi osseuse du bassin et la tumeur à laquelle elle adhère lâchement en arrière, le néoplasme se détache assez facilement de la concavité du sacrum sur laquelle il se trouve moulé et rattaché par quelques adhérences peu résistantes. La tumeur pèse 6.500 grammes, l'examen histologique a montré du fibrome ou du myome.

31. *Etranglement intense. Laparotomie. Continuation de la grossesse. (Rydygier).*

Une opération de laparotomie concerne une femme de 43 ans, enceinte de six mois, atteinte depuis deux ans d'une tumeur rénale, en sorte que Rydygier attribua à la constriction par une bride de péritonite, les accidents d'occlusion qu'elle présenta. Il fit la laparotomie, trouva la bride supposée qu'il sectionna entre deux ligatures. La grossesse continua son cours, le succès est dû à la rapidité de l'intervention.

32. *Etranglement intestinal. Perforation intestinale. Mort. (Boissard).*

La malade présentait tous les signes d'une occlusion intestinale au cours d'une grossesse de six mois. Le lendemain de son entrée, il se produisit une perforation intestinale. Je fis la laparotomie, et je trouvais une large perforation intestinale par sphacèle, déterminée par la présence d'une ancienne bride péritonéale qui étranglait une anse intestinale. Cette malade est morte le soir même de l'opération ; la cavité péritonéale était pleine de matières fécales. Elle avait du reste tout un passé péritonéal, et déjà lors d'accidents analogues, on avait été sur le point de pratiquer la laparotomie, quand spontanément le cours des matières fécales s'était rétabli.

33. *Occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison. (Richelot).*

C'était en 1809 ; le 8 juillet au matin un de nos confrères m'appela au téléphone ; sa femme enceinte de huit mois et demi (primipare) présentait tous les signes d'une occlusion intestinale : douleur et anxiété extrême, ballonnement, vomissements bilieux, absence totale d'émission gazeuse. Habitant non loin de l'hôpital Saint-Louis, il me pria de l'admettre d'urgence dans mon service, pour la voir le matin

même et sans doute l'opérer. Lorsque j'arrivai à l'hôpital, notre collègue Baudron l'avait examinée, et avait fait l'hypothèse d'une appendicite suivie d'infection péritonéale.

M^{me} D. ., a 30 ans. Le 5 juillet elle est tombée dans la rue s'est fait une fracture simple de la jambe gauche et a gardé de l'accident une impression très vive. Depuis ce moment, elle craint pour sa grossesse, elle voit tout en noir ; constipation absolue, douleur dans le ventre, ballonnement, aggravation progressive. Je la trouve sans élévation de température, sans douleur nettement localisée ; je ne puis faire de diagnostic précis, mais l'état général est tel que je ne puis me défendre de croire à une compression grave de l'intestin et que l'intervention me paraît urgente. Je fais une incision latérale droite, appendice intact. L'intestin grêle est vide et rétracté, je l'attire à partir du cæcum et je le dévide de bas en haut, rentrant le bout inférieur à mesure qu'une anse nouvelle vient au dehors. Toutes les anses sont libres, mobiles, flasques, décolorées et revenues sur elles-mêmes. Je passe en revue ainsi plusieurs mètres d'intestins et je m'arrête quand le mésentère faisant corde, m'oppose une résistance. Que dois-je faire maintenant ? Tandis que j'hésite, je vois l'anse que j'ai sous le doigt devenir rose, turgide, s'emplir de matières et de gaz. Ai-je dégagé l'intestin tenu par quelque bride ? J'ai beau introduire le doigt et chercher à toute profondeur, je ne trouve rien, aucun obstacle, aucune dureté suspecte. Je reconnais l'estomac distendu par les gaz.

Et tandis que j'explore, la circulation se rétablit de proche en proche dans la paroi intestinale ; ce que voyant, je dévide en sens inverse, attirant au dehors le bout inférieur, lui donnant le temps de se remplir des gaz et des matières qui lui viennent d'en haut, et quand il est rose et turgide, je le replonge dans l'abdomen ; ainsi de suite jusqu'à la partie inférieure de l'intestin grêle.

Le lendemain, rien n'est encore venu, mais il n'y a pas de vomissements ; le pouls n'est pas mauvais ; douleur modérée, température 38°. Le 10 juillet, le ballonnement persiste avec de petites douleurs ; ni vomissements, ni selles ; température 38°. Dans la journée, l'accouchement

survient; M. Baudron est appelé et retire par la version un enfant mort.

Le 11, température 37°, le poulx est bon, le ballonnement est moins tendu, mais les selles manquent toujours, l'état général me paraît meilleur. J'ose alors, pour la première fois, dire que tout est nerveux; je me rappelle la fracture récente, le choc, l'inhibition qui en est résultée. Le soir de ce même jour, on m'appelle en hâte à Saint-Louis; la malade a effrayé son mari par quelques mots de découragement, mais l'état est le même, le thermomètre marque 37°6, et il y a eu deux émissions gazeuses bruyantes. Enfin, le 12, un peu de matière intestinale est rendue sous forme d'un long filament rubané, comme si la partie inférieure de l'intestin était toujours rétractée; le ballonnement est très diminué et le ventre est souple. Le 13, une selle franche est acquise, et la malade n'a plus qu'à consolider sa fracture.

34. *Obstruction intestinale et rupture d'un utérus gravide, produite par des adhérences.*

(Watkins).

M^{me} N..., âgée de 19 ans, mariée depuis un an, enceinte de sept mois. Avant la puberté, à l'âge de 11 ans, cette malade eut une péritonite grave, généralisée, avec fièvre et tympanite notables. Les fonctions intestinales s'effectuaient très difficilement et pendant quelques jours la guérison sembla douteuse.

A partir de cette époque, jusqu'à la maladie actuelle, elle eut une bonne santé, sauf une constipation opiniâtre.

Pendant toute sa période de gestation, cette malade avait souffert de nausées, de vomissements, de douleurs pelviennes et de constipation rebelle. Dans la suite, en novembre 1901, elle n'eut ni gaz, ni selles pendant deux jours bien que des éméto-cathartiques lui aient été administrés abondamment; en même temps, les vomissements étaient incessants; il y avait des coliques violentes et une douleur très vive localisée à la région inguinale gauche.

Le diagnostic d'obstruction intestinale s'imposait; elle était due à des adhérences qui remontaient à huit ans environ, époque à laquelle elle eut cette péritonite généralisée. Une laparotomie fut décidée.

En ouvrant l'abdomen, on vit un épanchement récent et ancien de sang organisé, et au palper on trouva des adhérences au niveau de l'anse sigmoïde et des annexes gauches. L'utérus fut libéré et on aperçut une large rupture de cet organe dans la région du ligament large gauche. Comme il paraissait impossible de séparer les lésions, sans vider l'utérus de son contenu, on l'incisa et on enleva le fœtus et le placenta, puis l'utérus en entier.

En suturant le ligament large, on trouva l'ovaire enfoui dans une masse d'adhérences en arrière du ligament large droit, et un mouvement spontané des gaz dans l'intestin eut lieu avant que la suture fut terminée.

La traction des adhérences sur l'utérus, l'anse sigmoïde et le ligament large, la dilacération des tissus au niveau de celui-ci étaient la cause de la douleur intense ressentie par la malade dans la région inguinale gauche; la rénitence et la matité de ce côté étaient dues à la masse de sang épanché dans cette région.

Dans l'après-midi qui suivit l'opération, le pouls resta à 140 comme au moment de l'admission, et les vomissements continuèrent; la quantité des urines resta très faible, et la malade mourut trente heures après l'opération. L'épuisement de la malade, les vomissements abondants, l'albumine, furent probablement les facteurs importants qui amenèrent la mort de la malade.

35. *Etranglement interne. Laparotomie in extremis. Mort.*
(L. Meyer).

M^{me} H..., primipare, 20 ans, neuvième mois de la grossesse, entre à l'hôpital de Copenhague le 4 septembre 1897. Cinq semaines avant, vomissements bilieux et douleurs abdominales s'étendant de la symphise pubienne à l'appendice xyphoïde. Ces symptômes furent de courte durée. Pourtant il fut recommandé à la malade de garder le lit

pendant les cinq semaines qui s'écoulèrent jusqu'à sa rentrée à l'hôpital; la malade eut une santé satisfaisante.

Le 4 septembre, réapparition des vomissements : ceux-ci se répétaient le jour et la nuit, ils étaient verdâtres et déterminaient des contractions douloureuses de tous les muscles du tronc.

Suppression des selles. La constitution de la malade était robuste, les forces n'étaient pas affaiblies. Pouls 76. Utérus d'une femme près du terme. Injection de 0.01 de morphine.

Le calme fut immédiat, les symptômes perdirent leur gravité, mais aucune évacuation, malgré un lavement d'huile de ricin. Pendant toute la journée, même situation avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation; la malade put dormir.

Le 5, amélioration évidente; la malade prit, sans les vomir, du lait, du thé et quelques aliments.

Le 6, à 11 heures du matin, accouchement spontané d'un enfant de 3.200 grammes. Diminution de la douleur.

Quelques vomissements bilieux.

Le 7, trente-six heures, après la délivrance, redoublement de douleurs et de vomissements.

En déprimant la paroi abdominale, on percevait une tuméfaction profonde à limites peu précises. Pouls 64, faible.

Le 8, dans l'après-midi, aggravation de l'état général; les douleurs arrachaient des cris à la malade; les vomissements ne laissaient pas dix minutes de répit.

La laparotomie fut décidée. En ouvrant la cavité abdominale, le cæcum gonflé s'avança vers la main de l'opérateur.

Pas trace de péritonite. En remontant le long du côlon ascendant, la main se trouvait arrêtée en avant par une masse qui fut prise pour le mésentère et qui formait devant le côlon une sorte de plastron. Malgré le prolongement de l'incision vers l'appendice xyphoïde, il fut impossible de s'orienter et de trouver la cause de l'étranglement. On pratiqua un anus contre nature.

A l'autopsie, le lendemain, l'examen du ventre montra que le mésentère était atteinte de malformation; en suivant le mésentère depuis le coude jéjuno-duodénum, on

constata que plus bas, et à une courte distance, il se séparait de la colonne vertébrale, de telle sorte qu'il formait au-dessus de cette dernière un arc complet dans lequel était enserré le côlon transverse. Dans les autres points, le mésentère ne présentait aucune particularité. Pas de péritonites, pas de dégénérescence d'organe.

36. *Invagination intestinale post-partum. Guérison*

(Poppert)

Une femme de 44 ans au 8^e jour de sa 12^e couche, éprouve des douleurs atroces dans le bas ventre, ses selles se suppriment et elle vomit. L'auteur, appelé auprès d'elle au bout de cinq jours, constate tous les symptômes de l'étranglement interne; il reconnaît à droite de la cicatrice ombilicale la présence d'une bride résistante, longue de 10 cent. et mate à la percussion, Ne pouvant risquer une opération qui n'aurait d'autre résultat que de hâter la terminaison fatale, l'auteur y fait des cataplasmes et de prescrire l'opium, et fait des injections d'eau suivant le procédé d'Hégar. Pendant les 3 jours qui suivent les selles font défaut, les vomissements continuent. Au bout de ce temps la malade prend 0.20 cent. de calomel, d'où selle copieuse et amélioration très notable de l'état général.

Cette transformation si brusque fait croire au médecin qu'il s'est trouvé non en présence d'une invagination, mais d'un volvulus; mais le jour suivant, à sa grande surprise, il trouva un morceau d'intestin grêle long de 48 cent., parfaitement reconnaissable et avec toutes ses couches, perforé seulement sur quelques points. En même temps les douleurs du ventre s'apaisent, les vomissements cessent complètement.

Un mois et demi après ce remarquable événement, la malade meurt de phtisie pulmonaire et l'auteur procède à son autopsie, il y trouve l'intestin absolument libre dans la cavité abdominale sans adhérence à la paroi, sans soudure d'anse à anse. A 15 cent. de la valvule de Bauhin, il constate une cicatrice résistante au niveau de laquelle le calibre

intestinal est légèrement rétréci. Le bout supérieur avait plongé dans le bout inférieur; en s'y invaginant.

37. *Etranglement interne au cours d'une grossesse.*

1^{er} Cas. — Il s'agit d'une ouvrière âgée de 45 ans, fatiguée à tel point qu'elle pouvait être regardée comme une femme de 50 à 55 ans chez laquelle je fis une laparatomie le vendredi 27 juin 1897.

Cette femme n'avait pas été à la selle depuis le dimanche précédent; cependant elle ne parut pas incommodée jusqu'au mercredi, jour où elle commença à vomir. On lui donna alors un purgatif; malgré une thérapeutique appropriée, les vomissements et la constipation persistèrent jusqu'au vendredi. Il est évident qu'il y avait obstruction intestinale.

Je la vis pour la première fois le vendredi. Elle avait constamment des vomissements verdâtres, qui précèdent généralement l'apparition des vomissements fécaloïdes, et peut être même étaient-ils légèrement fécaloïdes, mais d'une façon peu appréciable.

Des irrigations intestinales furent faites en vain pendant deux heures, et les purgatifs donnés sans succès, je me décidai alors à intervenir. Il n'y avait pas la plus petite modification qui puisse préciser le siège de l'obstruction; il n'y avait rien à noter du côté des orifices herniaires. En apparence, on constatait un empatement anormal, une sensation de tumeur dans le flanc droit, probablement ovarienne. Cette tumeur devait être la cause probable de l'obstruction, sinon ce pouvait être une appendicite.

C'est pourquoi l'incision fut faite parallèle et un peu au-dessus de l'arcade fémorale. A l'ouverture de l'abdomen, nous fûmes mis en présence d'un utérus gros, gravide du 7^e mois, l'appendice fut recherché, il était normal. Cette femme n'avait pas de hernie à proprement parler, mais il y avait un ancien sac herniaire déshabité, qui adhérait à l'intestin. La libération de l'intestin fut assez difficile parce qu'on s'expose à déchirer ses tuniques. L'utérus empêchait la manœuvre de décortication et l'incision était trop haute pour

aborder facilement le canal inguinal. L'intestin, se rompit et une perforation en résulta.

La malade mourut de péritonite. A l'autopsie on trouva des traces manifestes de péritonite, et l'on découvrit une bride dans la région de l'anse sigmoïde. Il est assez probable que cette bride était la cause d'une obstruction passée inaperçue, bien que la cause de la mort fut la péritonite aiguë,

Toutes les manœuvres d'exploration et d'intervention auraient été gênées par la présence de l'utérus.

Je pense qu'il faut en pareil cas se résoudre à faire très promptement une hystérectomie abdominale pour se donner du jour.

38. *Opération césarienne. Contracture de l'intestin.*

Etranglement interne.- Mort (Bar)

Sur une malade de 38 ans, arrivé au 8^e mois de sa troisième gros-sese, on trouve à l'arrière de l'utérus une tumeur volumineuse (fibrome ou kyste) ne laissant qu'un étroit passage. Opération césarienne le 12 mai, avant que le travail ne fut commencé, suites simples. Mais à partir du 3^e et 4^e jour, le poulx devient rapide, le facies mauvais, les vomissements surviennent, réouverture de l'abdomen, utérus trouvé sain, la tumeur est reconnue pour un kyste hydatique, et les accidents semblent dus à l'étranglement du cécum par une double bride péritonéale qui est sectionnée. Etablissement d'un anus contre nature. La malade meurt peu de temps après.

A l'autopsie aucune lésion infectieuse de l'utérus, masse intestinale distendue dans son ensemble, au niveau de la partie supérieure du côlon descendant, contracture très très forte, sans lésion organique, laissant à peine passer le petit doigt. Distension et vive inflammation du côlon ascendant et du cæcum, celui-ci était serré par une bride péritonéale partant de la paroi du kyste.

39. *Etranglement interne. Mort 5 heures après l'opération. (Tuja).*

Femme de 35 ans, entrée à la clinique de Lyon le 22 janvier

1894, service de M. le Professeur Fochier. Quatre enfants bien portants. A l'âge de 29 ans, premiers symptômes de la présence d'un kyste de l'ovaire. 3^{me} grossesse contemporaine à cette époque, 4^{me} grossesse à 33 ans. Ces deux dernières se sont effectuées normalement malgré la présence du kyste. Ablation du kyste le 29 juin 1893 par M. Rendu. A ce moment, la malade était enceinte de 7 semaines.

Le 6 février, douleurs aux flancs et à l'épigastre ; premiers vomissements.

Le 7 février, plus de 50 vomissements. Glace sans résultat, pas trace de travail.

Le 8 février, les vomissements sont un peu calmés par une potion de bromure d'ammonium et une pigûre de morphine.

Le 9 février, douleurs et accouchement. Température 37° 6 et 37° 8 le soir. Le soir même, réapparition des vomissements et symptômes d'occlusion.

Le 10 février, persistance des symptômes d'occlusion, 37° 8 le matin, 37° 7 le soir.

Le 11 février, vomissements très fréquents, 39° 6 le soir.

Le 12 février, vomissements fécaloïdes. Lavage d'estomac, pas de selle depuis l'accouchement. Dépression extrême, respiration faible.

Laparatomie à 11 heures du matin par M. le professeur Fochier. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. A quelques millimètres de l'incision, on trouve une anse intestinale et en un point très rapproché du cacum, on trouve un point rétréci au niveau duquel la séreuse intestinale est fendue transversalement, la muqueuse faisant hernie par la plaie. En ce point, deux tractus d'origine mésentérique formaient brides et devaient occasionner le rétrécissement. Il sont actuellement rompus. On les résèque et l'on fait la suture séro-séreuse de la plaie intestinale. Au niveau de l'anse étranglée, les vaisseaux mésentériques sont thrombosés et les veines tubo-ovariques ont à l'intérieur des caillots mous, noirâtres, récents. Mort 5 heures après l'opération.

A l'autopsie, pas de lésions autres que celles constatées au cours de l'opération. Adhérences des anses intestinales au voisinage de l'incision de la laparotomie du mois de juin

dernier ; la suture séro-séreuse était suffisante (épreuve de l'eau.)

40. *Symptômes d'occlusion intestinale. Cessation des accidents après la délivrance (Lepage).*

Primipare de 26 ans, couturière, présentant des phénomènes douloureux du côté de l'abdomen. Les dernières règles avaient eu lieu du 25 au 30 mars. La grossesse avait évolué normalement, lorsque, le 21 octobre, la malade fut prise, vers 4 heures du soir, d'un frisson avec élévation de la température et de quelques douleurs abdominales.

Un médecin appelé auprès de cette malade prescrivit un lavement laudanisé qui amena la cessation momentanée des douleurs. Le 22 octobre les douleurs réapparaissent ; une sage-femme donne dans les 24 heures, deux lavements laudanisés, mais les douleurs persistent, dans l'abdomen en particulier au niveau de la fosse iliaque gauche, en même temps que surviennent des nausées et des vomissements ; on fait appeler de nouveau le médecin. Il faut appliquer des ventouses sèches loco dolenti, et continuer les lavements laudanisés. Un frisson dans la soirée.

Malgré ce traitement, et peut être à cause de ce traitement trop opiacé, les accidents abdominaux augmentent, caractérisés par un tympanisme très accusé, et l'absence d'émission des matières et des gaz par l'anus, etc.

C'est dans ces conditions que je vois la malade pour la première fois le 24 octobre. L'Etat général n'est pas très bon le pouls est fréquent, 120, et petit, mais régulier ; la langue est sèche, le myosis n'est pas très accusé. La malade vomit dès qu'elle prend une gorgée de liquide. Le météorisme abdominal est très marqué, et ne permet guère d'apprécier le volume de l'utérus ; on ne perçoit nettement le globe utérin dont le fond est au-dessus de l'ombilic qu'au moment où il se contracte, la femme semble, en effet, avoir des contractions internes intermittentes, et bien qu'elle se plaigne de souffrir d'une manière presque constante dans l'abdomen elle accuse à ce moment des douleurs plus intenses. Il n'est guère facile de percevoir les bruits du cœur fœtal, en raison même de la fréquence du pouls maternel.

La cessation de l'opium s'impose, il est donné une potion de Rivière et on administre un lavement contenant deux grammes de chloral, les douleurs abdominales se calment un peu, mais vers cinq heures du matin le 25 octobre, elle reparaissent avec intensité et d'une manière continue, la malade crie presque toute la journée ; je la revois vers cinq heures du soir, son état s'est aggravé, le pouls est un peu irrégulier et fréquent, le facies est grippé, le ballonnement du ventre a augmenté. Malgré les lavements il n'y aucune émission de gaz et de matières ; nausées, hoquet, vomissements à la moindre ingestion de liquide, il est convenu qu'on procédera dans la nuit à l'évacuation de la cavité utérine, et que dès le lendemain matin, s'il y a lieu, on fera demander l'un des chirurgiens de l'hôpital.

Voici l'état de la malade tel qu'il est consigné dans l'observation. La masse malade semble souffrir beaucoup ; la face est très pâle, les yeux sont bistrés, le nez est pincé, les muqueuses sont décolorées. Ballonnement du ventre si considérables qu'on ne peut apprécier le volume de l'utérus. Le palper est très douloureux, la paroi abdominale est très tendue, au toucher, col épais, dilaté comme une pièce de 1 fr. ; les membranes sont intactes. A minuit on pose l'écarteur de Tarnier ; les contractions utérines sont très énergiques pendant deux heures.

Dilatation de 5 francs ; bruits du cœur normaux. A partir de ce moment les contractions deviennent irrégulières. A 4 heures du matin, grand frisson, claquement des dents. Température 39°, à 4 h 1/2 rupture spontanée des membranes, liquide vert et épais, dilatation complète. On retire l'écarteur et on engage la femme à pousser ; le siège apparaît à la vulve et on extrait une fille de 1500 gr., longue de 45 centimètres et qui meurt après quelques inspirations.

Délivrance à 4 h. 45 du matin ; le placenta pèse 350 gr., les membranes sont complètes. Injection intra-utérine de 20 litres. Le 26 octobre, température le matin 35° 8, le soir 39° 2.

Après l'accouchement, expulsion d'une très grande quantité de gaz fétides ; grand lavement glyciné, garde-robe abondante.

M. Bazy voit la malade dans la matinée, et juge inutile toute intervention. Vessie de glace sur le ventre. Champagne glacé. La malade présente quelques élévations de température, les jours suivants, jusqu'à 39° 2, mais à partir du 3 novembre, la température est normale.

Dès le lendemain de l'accouchement, le ballonnement du ventre, disparaît presque complètement, ainsi que la douleur. On donne un purgatif tous les deux jours. La femme quitte le service sur sa demande, le 4 novembre.

CONCLUSIONS

I. Occlusion par coudure de l'angle colique gauche.

1° A côté des occlusions de siège variable et qui sont le fait de lésions différentes, il en est d'autres, bien plus rares, il est vrai, qui sont véritablement essentielles, ayant leur siège constant à l'angle colique gauche et étant sous la dépendance de la forme et de la disposition de cet angle.

2° Les symptômes qui permettront de porter un diagnostic exact d'obstacle au niveau de l'angle gauche du côlon seront : la douleur au niveau de la 7^e ou 8^e côte, la distension et le péristaltisme surtout marqués dans la portion supéro-droite de l'abdomen, les vomissements tardifs et abondants.

3° Le seul traitement rationnel est la laparotomie qui permet de reconnaître la nature et le siège de l'obstacle.

La conduite à suivre dans l'intervention, dépendra de la lésion trouvée. S'il s'agit de bride, on les sectionnera. Si on a affaire à une tumeur ou à une coudure de l'angle gauche ; on les fera disparaître par l'entéro-anastomose latérale.

Enfin quand le côlon se trouvera trop abaissé, on tentera de replacer l'intestin dans sa situation normale.

II. Occlusion intestinale en général au cours de la grossesse.

1° L'occlusion intestinale en rapport avec la grossesse est une affection qui tend à devenir moins rare depuis qu'on en connaît mieux la nature et l'évolution. Nombre de cas ont dû échapper aux cliniciens qui, jusque là, s'en étaient peu préoccupés, Gauchery en a réuni 57 cas au cours de la grossesse. Son maximum de fréquence paraît être : l'un à l'époque du terme de la grossesse, l'autre vers la fin du 2^e trimestre de la gestation. On la rencontre de préférence chez les multipares âgées.

2° Les rapports de la grossesse avec l'occlusion sont de trois sortes : Cette dernière peut être provoquée par la grossesse, ou bien être simplement influencée par elle et c'est la majorité des cas, ou bien enfin elle peut évoluer indépendamment d'elle.

3° L'anatomie pathologique de l'occlusion gravidique diffère peu de l'occlusion ordinaire. Elle comprend, soit des lésions par compression, soit des inflammations avec brides péritonéales, soit l'existence d'orifice accidentel, soit des déformations intestinales. Ce que l'on rencontre le plus fréquemment, se sont : l'étranglement interne, les compressions larges et les vices de position, volvulus, torsions, coudures.

4° Les symptômes sont aussi ceux des occlusions

en dehors de la gravidité. L'arrêt des matières et des gaz est souvent le signe du début, les vomissements et la douleur sont presque toujours observés. Il faut attacher une importance très grande au météorisme abdominal vers les 5^e et 6^e mois.

5^e trois grandes complications peuvent survenir au cours de l'occlusion puerpérale : L'expulsion prématurée du fœtus, la perforation intestinale et la péritonite sans perforation.

6^e Le diagnostic présente de grandes difficultés. Il se fera pendant la grossesse avec les symptômes gravidiques qui peuvent simuler l'occlusion ; à savoir : avec la coprostase et les vomissements. Il peut être parfois confondu avec celui du travail, il faudra enfin établir le diagnostic différentiel avec les diverses affections qui peuvent avoir des rapports communs avec l'occlusion, comme les affections douloureuses du ventre, la péritonite aiguë, l'appendicite, l'étranglement herniaire, la grossesse extra-utérine et la parésie intestinale.

7^e Le pronostic est très grave pour la mère et pour l'enfant. Du côté de la mère, l'avortement ou l'accouchement prématuré assombrissent beaucoup le pronostic. Du côté de l'enfant, la mortalité due aux mêmes causes, est très fréquente.

8^e Le traitement exige de la part du clinicien, une grande sagacité. Il faut abandonner d'abord le traitement obstétrical qui met en danger la vie de la mère.

Le traitement médical ne sera employé qu'une fois le

diagnostic bien établi, dans deux cas : quand il s'agira de phénomènes de pseudo-occlusion et quand la malade présentera un mauvais état général. Toutefois on peut toujours commencer par lui, mais il faut savoir ne pas s'y attarder si on ne constate aucune amélioration, de peur que le traitement chirurgical ne soit plus d'aucune utilité parce qu'on aura trop attendu.

Les indications qui permettront d'intervenir chirurgicalement, sont les suivantes : Lorsque la vie de la mère sera en danger malgré le traitement médical, quand l'état général sera suffisamment bon pour pouvoir supporter le choc opératoire et toutes les conséquences qu'entraîne avec elle une opération quelconque. De plus, il faut que l'opération soit précoce, car il ne faut pas attendre que les lésions soient irrémédiables, et le seul traitement qui permette de lever un obstacle est la laparotomie.

Dans tous les cas où ces conditions ne seront pas réalisées, on pratiquera un anus contre nature. Cette petite opération rendra les plus grands services ; quand il sera impossible de trouver la lésion, à cause de l'utérus gravide, quand l'obstacle nécessite une longue opération qui serait funeste à la malade, par exemple une résection ; enfin quand l'état général s'oppose à une longue intervention.

Les résultats sont là du reste pour prouver que la laparotomie est le seul traitement capable d'amener la guérison de l'occlusion au cours de la grossesse, quand tous les moyens palliatifs ont échoué, car seule, elle permet de lever l'obstacle. L'anus contre nature

ne sera qu'une intervention passagère pour parer aux accidents immédiatement menaçants et pour permettre ainsi de pratiquer dans la suite une opération plus radicale qui, nous le répétons, est la laparotomie. Si, au début, on a eu des insuccès, c'est que l'on est intervenu trop tard et dans de mauvaises conditions, ne connaissant pas suffisamment les indications de l'intervention.

Depuis que l'on connaît mieux quand et comment on doit intervenir, les cas heureux se sont multipliés, et le pronostic de l'affection, quoique toujours un peu sombre, s'est considérablement amélioré.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

FABRE.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 novembre 1909.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABRAMSON (M.). — Tödliche Liebesvers bey einer Schwangeren im achten Monat. Hufeland's Journal der prakt. Arzneykunde und Wundarney. Kunst, Bd. 12 Stück 2, 1804 (Auch mit dem Titel, Nues 7 der prakt A, und W. Bd. 12 Stuck 2 und Journal der prakt Heilkunde Bd. 19 und Neues Journal der pr. H. Bd. 12.
- ALBRECHT. — Med. Central. Zeitung. 1855. Ref. Schmidt's Jahrbücher. 1856, Bd. 89, p. 305.
- ASHURST. — De la laparotomie comme moyen de traitement de l'intersusception. Traduction Lutaud. Arch. Gén. de méd. 1875, p. 38,
- BLACKADER. — Four cases of péritonites occuring during gestation. Lancet, London, 1888.
- BANDERA. — Dificultados que presente el diagnostico de la estrangulacion intestinal durante la preñez. Periodico de la Academia de Mexico. 1887, p. 25.
- BAR. — Opération césarienne; contracture de l'intestin, étranglement interne; mort. Bull. de la Soc. d'obstétrique de Paris. 1900, p. 271.
- BURBIDGE WHITE. — A case of obstruction of the bowel, occuring at the end of the sixth month of utero-gestation. Medical Press, and circular. London, 1896, n° 5, p. 652.
- BRAUN. — Die Enterostenosen in ihrer Beziehung Zur Gravidität und Geburt. Wien. med. Woch., 1885, p. 761.
- BOISSARD. — Discussion sur l'occlusion intestinale. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, 20 mars 1902.

- BOUCHET. — Accidents de la constipation pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1902.
- BOULLIER. — Thèse, 1894.
- BUDIN. — Rapports de l'utérus gravide avec l'intestin au point de vue clinique. Clinique de la Charité, Sem. méd., 1883, p. 141.
- BUÉ. — De l'intestin dans l'état puerpéral. Méd. mod., 1883, p. 141.
- CARTHY. — Lancet, 1888.
- CÉLOS. — Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal. Thèse Paris, 1902.
- CORNER. — Acute intestinal obstruction complicating utero gestation. Lancet, London, 1888, p. 675. Brit. med. Journal avril 1888 et Nouvelles arch. d'obst., 1888, p. 279.
- CHANTEMESSE, VIDAL et LEGRY. — Soc. méd. des hôpitaux, 11 décembre 1891.
- CHÉRON et GOSSIN. — Accidents d'occlusion intestinale compliquée de perforation survenus chez une femme enceinte de 3 mois. Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, mars 1902.
- CRAIG. — Portion of the susell bound of lymph, and strangulated in Pregnancy. The. obst. Journ. of Great Britain and Ireland, London, p. 713, 1878.
- DANIEL (Constantin). — Etude clinique des occlusions intestinales pendant la puerpéralité. Rev. pratique d'obst. et de pédiatrie, mai-juin 1902.
- DAVY. — A case of obstruction of the bowels in pregnancy. The obstetrical Gazette. Cincinnati, p. 80, 1880.
- DELAGENIÈRES. — Archives provinciales de chirurgie, 1895.
- DEMLIN. — Contribution à l'étude des rapports de l'utérus avec l'intestin en chirurgie obstétricale. L'Obstétrique, 1897, p. 429. — Grossesse et occlusion intestinale. Obstétrique, 1897, p. 351.
- DOMINGUEZ. — Adamo-suitomas de oclusio intestinal provocados y sostnedos porel embarazo. Rev. méd. de Sevilla, p. 283, 1802.

- DUNTZER. — Enteritis serosa mit ileus bei einer Schwagern
O für die gesamunte Heilkunde. Bonn, 1842.
- ELOY. — Des progrès du traitement chirurgical de l'invagination intestinale. Thèse de Paris, 1900, p. 17.
- FRAISSE. — Obstruction intestinale par péritonite plastique.
Nouvelles arch. d'obst. et de gynécologie, 1892, p. 64.
- FROMME. — Ashsendrehung des colons bei Schwangerschoft
(port). Nunch. méd. Wochenschr Va 42, 1903.
- GALABIN. — Lancet, 1888.
- GORD. — Peritonites anteportum. Edimb. Journal, N. Journal, 1888.
- GOTTSCHALK. — Arch. f. Gyn., Band. 46, p. 358, 1894.
— Wien. med. Woch, n° 1885.
— Traduction Labusquière, Annales de gyn. et obst.,
p. 184, 1895.
- GOTTSCHED. — Über Heus bei Schwangeren, Diss. inaug.,
et Königsberger medicische Jahrbücher, 1869.
- HARDOUIN. — Contribution à l'étude de la rétroversion de
l'utérus grävde. Thèse de Paris, 1896.
- HEATH. — Obstruction from stricture of sigmoid fleare
miscarriage, septicæmia. The medical Times and Gazette.
London, 1880, p. 376.
- HERRGOTT. — Rétention d'urine et coprostase chez une
femme enceinte. Rev. med. de l'Est, 1899.
- HOUSTON. — The Dublin Hospital Reports and communication ni Medecine and Surgery, V. 370, 1890.
- JACOBS. — Sur le traitement chirurgical de la rétroversion
de l'utérus grävde. Congrès de Bordeaux, 1895. Sem.
méd., p. 358, 1895.
- KERRER (A.) — Obstruction intestinale par enclavement de
l'utérus grävde. Centralb. für Gynæk. 2 juin 1894, p. 521.
- KARSTRÖM. — Ileus, Coliot, Darmresékt, Anus præternat,
seit caes, Heilung Hygica Okt, 1900.
- KIRMISSON. — Soc. de chirurgie, octobre 1897, et Sem.
méd., 1897.
- KLAUER. — Charité Annalen 21 Jahrgang Berlin, 1896,
p. 575.

- KOHLER. — Ueber perforations peritonitis in der Schwangerschaft. Strassb., 1889, p. 31.
- LEMAZURIER. — Note sur un cas de rétention fécale pendant la gestation. Arch. gén. méd., t. IV, 1824.
- LEPAGE. — Communication à la Soc. d'obst., de gyn. et de péd. 9 décembre 1901 et 12 mai 1902.
- LE FORT. — Etranglement interne causé par une bride. Laparotomie, guérison. Bull. Acad. méd., 1882.
- LOTHEISEN. — Wiener klin. Woch. 1894, p. 911, et 1895, p. 358.
- MACÉ. — Trois observations de stercorénie pendant la puerpéralité. Ann. de la Soc. obst. de France, 1901, p. 51.
- MARTIN. — Zwei Falle von Darminklemmung durch Exsudatfaden nach Wochenbetten. Verhandl. d. Gesellsch. f. Geb. Berlin, p. 149, 1866.
- MASSOT. — De l'influence du traumatisme sur la grossesse. Paris, 1873.
- MAYGRIER. — Cancer du rectum. Avortement provoqué à 4 mois 1/2. Mort avec des symptômes d'obstruction intestinale. Bull. Soc. anat., 1879.
- Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine, thèse d'agrégation, 1866.
- MEYER. — Ueber Darmwerschliessung wahrend der Schwangerschaft und Geburt. Mon. fur. Geb. med. Gyn., 1899, t. IX, p. 160.
- MEYER et ABRAMSON. — Tod ditche Leibeswerstopfung bei einer schwangern in achten Monat. Journal des Pratischen Berlin, 1804, p. 76.
- MONOD. — Grossesse et colite membraneuse aiguë avec symptômes d'occlusion intestinale. Guérison. Annales de la polyclinique médicale de Bordeaux, 1898, p. 758.
- MORESTIN. — Occlusion intestinale opérée 24 heures après l'accouchement. Etranglement interne compliqué de volvules. Soc. chirurgie, 20 juin 1900.
- Kyste ovarique à pédicule tordu ; occlusion intestinale. Soc. anatomique, 3 octobre 1902.

- MOUCHET (de Lens). — Kyste dermoïde à pédicule tordu, ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë par adhérences chez une femme enceinte. Opération. Guérison. Bull. Soc. anat. Paris, 1901.
- MUNCHMEYER. — Ileus un 7. Monat der Gravidität Zufolge von Adhäsionen; Coliotomie Darman astomose mit Murphyknogrf. Peritonis ac und Part. praemat Mens VII. Exitus. Centralbl f. Gyn. Nr 45, 1899.
- NOBLE. — Opérations during Pregnancy, Annals of Gynec. aud. Pediatrics, p. 507, 1899.
- NUNEZ. — Explorativ coliotomie opire Störung der Schwangerschaft; item bei Nobelhermien operation. El progr. med., mai 1900.
- OLIVIER. — Explorativ coliotomie ohne Störung der Schwangerschaft am de Gyneco T L I V, 99.
- OZENNE. — Sur la tolérance de l'utérus gravide, et des rapports de la grossesse et du traumatisme. Soc. méd. du IX^e arrondissement, 1896.
- OBALINSKI. — Ileus bei Schwangerschaft Heilkunde 1899, 4.
- PERRET. — Statistique de la clinique d'accouchement. Tarnier, 1901. L'Obstétrique, mars 1902.
- PINARD. — Comptes-rendus de la Soc. d'obst. de gyn. et pédiatrie, 1902.
- POLLOSSON. — Opération césarienne. Mort d'occlusion intestinale. Soc. méd. de Lyon, 1897.
- POPPERT. — Occlusion intestinale au 8^e jour après l'accouchement. Deuts. med. Woch, 1897, n^o 16.
- PORAK et KATZ. — Péritonite généralisée aiguë chez une femme enceinte de 8 mois 1/2, Soc. d'obs., de gyn. et péd., mars 1902.
- PYE-SMITH. — Lancet, 1888.
- RICHARD et DEMELIN. — Obstétrique d'urgence, suivie des laparotomies d'urgence pendant la grossesse, l'accouchement et les suites des couches.
- RICHELOT. — Communication à la Soc. d'obst., de gyn. et péd., mars 1902.

- ROBERSTON. — Brit. med. Journal, 1886. In Thèse Maygrier.
- RYDYGIER. — Beitrog zur operativen Behandlung inneren Darminneklammung. Arch. f. klin. Chir., 1887, p. 194.
- SEGOND. — Soc. chirurgie, 27 janvier 1892.
- SPENCER WELLS. — Obstetrical Transactions, 1869, vol. XII, p. 120.
- SPRIGG. — Regnancy complicated with intestinal obstruction. Am. Journ. Obst. New-York, 1896, p. 396.
- SYDNEY-JONES. — Obstruction of the bowels Umbilical hernia Regnancy recovery. Lancet, London, p. 570, 1882.
- TARNOWSKY. — Sluchai ileus von vremja beremennosti i rador. Voenno meditsniski Journal Saint-Pétersbourg, p. 364, 1887. Centralbl. f. Gynak. p. 260, 1878.
- TÉMOIN et SCHWARTZ. — Occlusion intestinale chez une femme enceinte. Laparotomie. Avortement. Guérison. Soc. Chirurgie, 2 novembre 1898.
- TENDERICH. — Ileus am Ende der Schwangerschaft durch Abschnürung einer Dunndarmschlinge, Coliotomie, und alsbald Wehen, Portus (Gesmederknaben) Obwohl der Darm nicht gezerzt und keine Peritonitis. Deutsche Zeitschr f. Chir. LVI, 5/6 1900.
- TREUB. — Centralbl. Gyn. 1892, p. 375.
- TUJA. — Des occlusions intestinales après la laparotomie. Thèse Lyon, 1895.
- TURNER. — Thèse de Paris, 1900.
- VALETTE. — De la grossesse comme contre-indication des grandes opérations, 1864.
- VARNIER. — Coliötomie zufolge irrthümlicher Diagnose ohne Störung der Gravidität Am. de Gyn. LV.
- VENANZIO. — Occlusione intestinale in donna gravida Gaz. med. di Torino, 1885, 169.
- VERGEZ. — Intest. Occlus. Coliotomie bei Schwangerschaft. Thèse de Paris, 1901.
- VERNEUIL. — Traumatisme et gravidisme. Congrès international médical de Genève, 1877.

VINAY. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, 1894.

VORON. — Occlusion intestinale guérie par la laparotomie avec éviscération partielle. Soc. des Sc. méd. de Lyon, janvier 1898.

WATKINS. — Adhésions producing intestinal obstruction and rupture of a pregnant uterus. Transactions of the Chicago, Gyn. So., p. 573 ; Amer. Journ. of obstetr., avril 1902.

WIDAL et SIREDEY. — Occlusion intestinale et septicémie pendant la grossesse. Sem. méd., 1893, n° 56.



TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	5
Introduction	7
Chapitre premier : Historique	9
— — Obs. Perrier.....	11
— — — Bérard et Patel.....	12
— — — Fabre	14
Chapitre II : Etiologie.....	19
Chapitre III : Pathégonie	43
Chapitre IV : Anatomie pathologique.....	43
Chapitre V : Symptomatologie.....	53
Chapitre VI : Complications.....	66
Chapitre VII : Diagnostic	70
Chapitre VIII : Pronostic	80
Chapitre IX : Traitement	83
Observations.....	97
Conclusions.....	138
Index Bibliographique	143
